FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1914 **THÈSE** N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Pierre CRUET
Ancien interne lauréat (médaille d'argent) des Hôpitaux de Paris
Prosecteur à la Faculté.
Né à Paris, le 9 Janvier 1883

DE LA

MEILLEURE TECHNIQUE OPÉRATOIRE

APPLICABLE A LA MÉTHODE D'EXTÉRIORISATION

DANS

L'EXTIRPATION DES CANCERS COLIQUES

Président : M. QUÉNU, *Professeur*.

PARIS
G. STEINHEIL, ÉDITEUR
2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1914

LAME LIBRARY

A MON MAITRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR QUÉNU

Chirurgien de l'Hôpital Cochin
Membre de l'Académie de Médecine
Chevalier de la Légion d'Honneur

A MON MAITRE

MONSIEUR LE PROFESSEUR HARTMANN

Chirurgien de l'Hôpital Laënnec
Chevalier de la Légion d'Honneur

J'unis ces deux maîtres dans un même sentiment de respectueuse reconnaissance.

51446

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

MM. le Docteur Oulmont.
le Professeur agrégé Campenon. } (1903-1904).

Externat :

MM. le Professeur Kirmisson (1904-1905).
le Professeur agrégé Troisier (1905-1906).

Internat provisoire :

M. le Docteur Barbier (1906-1907).

Internat :

MM. le Professeur agrégé J.-L. Faure (1907-1908).
le Professeur Albarran (*in memoriam*) (1908-1908).
le Professeur Hartmann (1909-1910).
le Professeur Quénu (1910-1911).

A MM. le Professeur agrégé Auvray.
le Professeur agrégé Pierre Duval.
le Professeur agrégé P. Lecène.
le Professeur agrégé Lenormant.
le Professeur agrégé Mocquot.
le Professeur agrégé A. Schwartz.

Qui fut mon premier maître et que je tiens à assurer de ma vive reconnaissance.

A MM. le Docteur Heitz-Boyer, chirurgien des Hôpitaux
le Docteur Mouchet, chirurgien des Hôpitaux.
le Docteur Barbier.
le Docteur Kuss.

MEIS ET AMICIS

A MES MAITRES A L'ÉCOLE PRATIQUE

MM. le Professeur NICOLAS.

le Professeur agrégé ROUVIÈRE.

AVANT-PROPOS

CE QU'IL FAUT ENTENDRE PAR MÉTHODE D'EXTÉRIORISATION

Quels sont les procédés qui relèvent de cette méthode.

Il existe, pour la cure radicale des cancers du gros intestin, un grand nombre de procédés ou plutôt de méthodes opératoires différentes. Dernièrement, M. Pierre Duval (1), dans son rapport au XXVI[e] Congrès Français de Chirurgie, classant toutes ces méthodes, les ramenait à trois:

1° **La colectomie en un temps** (ou colectomie intra-abdominale avec suture immédiate de M. Pierre Duval), inventée par Reybard en 1833, qui consiste à faire dans la même séance opératoire, la résection et le rétablissement de la continuité de l'intestin par une suture termino-terminale.

(1) P. Duval. *XXVI[e] Congrès Français de Chirurgie*. Paris, 1913.

L'exérèse peut être faite isolément, ou s'accompagner d'une fistulisation de sûreté sur le cæcum ou le côlon en amont de la tumeur. Mais si, l'établissement d'un pareil anus artificiel, dans le but de vider ou de désinfecter l'intestin, précède à plus ou moins longue échéance l'opération de Reybard, la colectomie devient une méthode en trois temps comprenant : l'établissement de l'anus cæcal, l'exérèse de la tumeur, la fermeture de l'anus cæcal. Cette méthode, inventée par Baum, vulgarisée par Schloffer, préconisée chez nous par Jaboulay et Cavaillon, déjà utilisée depuis longtemps par M. le Professeur Quénu dans la cure des cancers du rectum, ne mérite pas en réalité ce nom de méthode en trois temps, puisqu'elle n'est qu'une variante du procédé de Reybard. C'est à M. Pierre Duval que revient le mérite d'avoir éclairci ce point, d'avoir remis l'opération de Baum-Schloffer à sa véritable place.

Les dénominations de temps ne doivent en effet s'appliquer qu'aux trois actes de l'exérèse de la tumeur, qui sont l'extériorisation, la résection, le rétablissement de la continuité intestinale, et non point à la création et à la fermeture d'un anus cæcal, opérations, l'une préliminaire, l'autre consécutive, mais distinctes, qu'on peut aussi bien pratiquer, si l'obstruction aiguë a forcé la main de l'opérateur, avant les autres méthodes d'exérèse en deux ou trois temps, qu'il ne viendrait à l'esprit de personne pour cette raison d'appeler des opérations en quatre ou cinq temps.

M. le Professeur Quénu revenait encore tout dernièrement sur ce point à la Société de Chirurgie. C'est un

point de détail, certes, mais d'une extrême importance, car la lecture de beaucoup de statistiques devient sans valeur, par suite de la confusion inévitable provenant d'une mauvaise dénomination.

2° **La colectomie en deux temps** (ou colectomie sans extériorisation, mais anus contre nature immédiat *in situ* de M. Pierre Duval), qui consiste, dans un premier temps à extérioriser et à reséquer la tumeur, et dans un second temps à fermer l'anus contre nature ainsi créé : c'est la méthode de Volkmann, en Allemagne, qui fut employée comme procédé de nécessité par Gussenbauer et Martini en 1879, et fut appliquée dans la suite, avec des variantes de détail, par Paul en Angleterre, qui fait une résection de la tumeur à péritoine fermé, suture les deux bouts coliques à la paroi, et dérive leur contenu par tubes de verre; et par le Professeur Hartmann en France, qui resèque encore la tumeur à péritoine fermé, mais dérive seulement le contenu du bout supérieur par tube de verre, après avoir procédé à une fermeture extra-abdominale du bout inférieur.

3° **La colectomie en trois temps** (ou colectomie par extériorisation momentanée et résection secondaire de M. Pierre Duval), qui consiste dans un premier temps à extérioriser la tumeur, à la reséquer dans un second temps, et à faire dans un troisième temps la cure de l'anus artificiel : c'est la méthode de Bloch, de Mickulicz, la Vorlagerungs method des auteurs allemands.

Telles sont les différentes méthodes qui ont pour but, après l'opération, de rétablir la continuité de l'intestin.

Il en est encore deux autres, moins fréquemmens employées, il est vrai : ce sont, d'une part, les résectiont en un seul temps suivies de fermeture des deux bouts et d'anastomose intestinale, colo-colique ou iléo-sigmoïdienne, et d'autre part la méthode de Madelung, qui consiste après avoir fermé le bout inférieur, à aboucher le bout supérieur à la peau.

Parmi toutes ces méthodes, quelles sont celles qu i méritent le nom de méthodes d'extériorisation? Méritent ce nom, les méthodes dans lesquelles, extériorisation, résection avec création d'un anus contre nature, cure de l'anus contre nature, constituent trois temps distincts.

Et si nous prenons le temps de l'extériorisation proprement dite, ce temps, dans son sens le plus strict, doit consister à mettre la tumeur en dehors de la cavité péritonéale, qui est fermée avant de passer à la résection de la tumeur.

Ce desideratum peut être satisfait de deux manières : de la manière rapide, on attire la tumeur au dehors, mésentère reséqué ou non, on ferme par sutures la cavité péritonéale, et sans attendre on procède immédiatement à la résection; de la manière lente, on attire la tumeur et son méso au dehors, on ferme ou non la cavité péritonéale par sutures et on attend vingt-quatre ou quarante-huit heures, pour laisser aux adhérences péritonéales le temps de se former, avant de passer à la résection de la tumeur.

Des deux manières, un peu théoriquement, on peut dire que l'extériorisation a constitué un temps spécial, mais non pas, dans les deux cas, une opération spéciale.

Le critérium de la méthode d'extériorisation, est donc dans la résection de la tumeur extériorisée à péritoine fermé, et non dans le temps d'exposition de la tumeur au dehors de la cavité péritonéale. Ce n'est pas, il est vrai, l'extériorisation telle que nous la voudrions, c'est l'extériorisation telle qu'elle existe chez les auteurs qui l'ont créée.

C'est dire, en résumé, qu'il y a une méthode d'extériorisation en deux temps, où extériorisation et résection à péritoine fermé sont faites dans la même séance et une méthode d'extériorisation en trois temps, où extériorisation et résection sont faites en deux opérations distinctes, à plusieurs heures, ou à quelques jours d'intervalle.

Si, à la lumière de ces quelques explications préliminaires, nous cherchons, parmi les nombreux procédés que nous avons plus haut énumérés; ceux qui peuvent être considérés comme relevant de la méthode d'extériorisation, nous voyons que parmi les procédés de la méthode en deux temps, seuls relèvent de l'extériorisation, ceux de Paul et de Hartmann qui resèquent la tumeur à péritoine fermé après l'avoir extériorisée en dehors de la cavité péritonéale; tandis qu'au contraire le procédé de Volkmann, souvent confondu dans la littérature avec ceux des deux auteurs précédents, est un procédé de colectomie en deux temps, mais sans extériorisation, car la tumeur est reséquée souvent à l'intérieur même de l'abdomen.

Quant aux procédés de colectomie de Bloch et Mickulicz, ils doivent être considérés comme les procédés-types d'extériorisation. Ils sont du reste loin d'avoir

la même valeur comme nous le verrons dans la suite.

Ce qui montre bien qu'il est impossible d'établir des barrières très nettes entre les procédés d'extériorisation en deux et trois temps, c'est que Mickulicz, le vulgarisateur de la méthode de Bloch perfectionnée, d'abord partisan de trois temps opératoires nettement séparés, s'est peu à peu laissé aller à fusionner le premier temps d'extériorisation et le second temps de résection à la manière de Paul.

On voit enfin que, dans notre terminologie, nous laissons subsister les termes de méthode en un, deux ou trois temps. Ce sont des termes auxquels on est habitué, qu'on trouve toujours dans la littérature médicale, et qu'il n'est nul besoin de changer. Il suffit, pour que la clarté des mots soit absolue, d'ajouter aux termes de méthodes en deux et trois temps, le mot d'extériorisation : ce qui excluera d'une façon nette, d'une part l'opération de Volkmann dans les procédés en deux temps; d'autre part, l'opération de Baum-Schloffer, dans les procédés en trois temps.

Ce sont ces différents procédés d'extériorisation, relevant tous d'une méthode commune, dont nous voulons faire une courte étude, basée sur 118 observations relevées dans la littérature médicale française et étrangère.

Dans un *premier chapitre* nous étudierons l'historique de la méthode d'extériorisation dans ses rapports avec le traitement général des cancers du gros intestin, en essayant de montrer, comment, née des désastres de la colectomie en un temps, elle prit soudain un

magnifique essor, surtout en Allemagne, pour subir depuis quelques années un léger recul dû aux perfectionnements de la technique de la colectomie en un temps, et surtout aux indications mieux posées de cette opération, contre laquelle on ne verra dans notre travail nul plaidoyer.

Dans un *second chapitre*, nous exposerons, aussi fidèlement que possible, les différents procédés d'extériorisation, tels que les ont décrits leurs auteurs.

Dans un *troisième chapitre*, nous discuterons les critiques faites par les partisans de la colectomie en un temps, ou de l'opération de Schloffer à la méthode d'extériorisation. Nous verrons que ces critiques, applicables à certains procédés, ne le sont pas à d'autres, qui répondent tout aussi bien que la colectomie en un temps, au point de vue primordial de l'ablation large des lésions, à la logique d'une opération bien conduite, et nous essaierons de fixer les obligations de la méthode d'extériorisation, pour qu'elle puisse donner de bons résultats.

Dans un *quatrième chapitre*, nous décrirons la technique spéciale du Professeur Quénu, qui nous a fait le grand honneur de réserver, pour que nous les publions dans notre thèse, les quelques points spéciaux qui font l'originalité de son procédé d'extériorisation élargie.

Dans un *cinquième chapitre*, nous tenterons, en nous inspirant de la dernière communication du Professeur Quénu à la Société de Chirurgie, de fixer les indications de la méthode d'extériorisation.

Dans un *dernier chapitre* enfin, nous exposerons les

résultats immédiats et tardifs de l'extériorisation, d'après les 118 observations que nous avons colligées.

Nous essaierons de comparer entre eux les résultats immédiats des colectomies avec extériorisation en deux ou trois temps, et encore les résultats tardifs des différents procédés, mais en les groupant d'une façon un peu différente, rangeant d'un côté ceux qui ne s'occupent pas de la résection du méso, et d'un autre côté ceux qui font de la résection du méso un point capital de l'opération.

Nous opposerons enfin aux résultats immédiats des méthodes de colectomie en un temps, les résultats des méthodes d'extériorisation, sans pouvoir aller, à cause de l'imprécision des auteurs, et faute de documents suffisants, jusqu'à comparer leurs résultats tardifs.

CHAPITRE PREMIER

CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES

Historique de la méthode d'extériorisation dans ses rapports avec l'histoire générale du traitement des cancers du gros intestin.

Jusqu'en 1833, on n'osait faire contre le cancer du gros intestin que des opérations palliatives; mais, dit Chavannaz dans sa thèse, les travaux de Jobert de Lamballe et de Lambert sur la suture intestinale, se succédant à deux ans d'intervalle, devaient ouvrir des horizons nouveaux. Aussi, le 2 mai 1833, Reybard n'hésite-t-il pas à faire une laparotomie suivie de résection et de suture bout à bout des anses intestinales pour un cancer de l'S iliaque. Ce fut un succès : la colectomie en un temps était née. Mais cette opération, portée à la tribune de l'Académie de Médecine en 1843, souleva des passions. Une commission fut nommée dont Jobert de Lamballe était rapporteur. Reybard fit avec insuccès plusieurs

séries d'opérations sur des chiens. Finalement, ce fut l'anathème contre l'opération qu'il proposait, et l'on en revint aux opérations palliatives.

Quarante-deux ans s'écoulent jusqu'à la publication d'une nouvelle intervention, celle de Tiersch en 1875, qui resèque un côlon pelvien et perd son malade.

Cependant, à partir de cette époque, l'ère de la période antiseptique pouvait permettre, dans une certaine mesure, de tenter l'exérèse des tumeurs du gros intestin.

Puis la colectomie idéale, née en France, nous revient d'Allemagne : Gussenbauer, Schede, Czerny, Billroth, Fisher, Maydl font un certain nombre d'entérectomies, mais sans grand succès.

Gussenbauer et Martini rapportent la première guérison de colectomie en un temps suivie d'anus contre nature, tandis qu'en France, Guyon, Péan, Nélaton publient des observations.

Entre temps, en 1879, était née une méthode nouvelle, celle de Baum; une idée nouvelle, celle de dériver les matières fécales par anus du grêle ou du gros intestin, avant de reséquer la tumeur. Dans un cas de cancer du côlon ascendant, Baum commence par faire une fistule fécale pour pratiquer trois semaines après une résection suivie de suture circulaire : les sutures lâchèrent d'ailleurs, et la mort survint au neuvième jour.

De 1880 à 1890, des cliniques allemandes publient des statistiques avec quelques guérisons.

En 1883, Volkmann, après avoir réséqué quatre centimètres d'intestin dans la partie supérieure de l'S

romanum, et la suture étant impossible, fixe les deux bouts l'un à côté de l'autre dans la plaie, se réservant de faire la cure de l'anus artificiel ultérieurement : le principe de la méthode en deux temps était ainsi créé, et son auteur lui devait un succès.

A peu près vers la même époque, un certain nombre de chirurgiens : Schede, Billroth, Bryant, Marshall, après résection de deux ou trois pouces du côlon descendant, la suture circulaire étant impossible, faute d'un rapprochement suffisant des deux bouts, ont l'idée de créer un anus artificiel en abouchant le bout supérieur à la peau, après fermeture du bout inférieur qu'ils abandonnent dans l'abdomen.

En somme, jusqu'en 1890, première phase, où la colectomie en un temps est seule connue et pratiquée, résultats désastreux de cette méthode avec quelques succès isolés, et déjà début de réaction contre la méthode radicale, puisque trois procédés nouveaux nés de la difficulté opératoire apparaissent successivement : procédé de Baum, qui fistulise le grêle ou le gros intestin, avant de passer à la résection ultérieure du néoplasme, procédé nettement inspiré d'ailleurs des résultats souvent heureux de la simple fistule intestinale dans les cancers en obstruction; procédé de Volkmann, de nécessité encore, né du danger de faire sur des tissus malades et friables profondément infectés des sutures dont il sentait la désunion inévitable; procédé de Madelung, commandé par l'impossibilité de réunir sans tension, après résection, deux segments d'intestin trop éloignés l'un de l'autre.

Aussi, MM. Forgue et Reclus, dans leur *Traité de thérapeutique chirurgicale*, parlant des résultats immédiats ou éloignés de la colectomie en un temps, adoptent-ils les conclusions de Bouilly : « Vaincre pour peu de temps, ou faire mourir tout de suite, voilà l'alternative réservée à l'opération de Reybard ».

C'est alors que M. Reclus, dès 1892, et nous entrons alors dans la deuxième phase de notre Historique, celle de l'extériorisation proprement dite, propose, devant les catastrophes de la colectomie en un temps, une opération « qu'un de nous, dit-il, a imaginée et pratiquée deux fois et qui pourrait rendre des services ». Cette opération, c'est la méthode d'extériorisation en trois temps, telle que nous la décrirons plus loin. Et il conclut, parlant de l'anus laissé par la résection de la tumeur : « Dut-on le laisser, l'opération que nous proposons est supérieure à l'anus superficiel pur et simple au-dessus de l'obstacle, puisque nous supprimons la tumeur, et que nous ouvrons par conséquent la porte à l'espérance d'une guérison radicale. »

On voit sous quelle forme modeste naquit en France la méthode d'extériorisation : on met en dehors de la paroi abdominale ce qu'on peut de l'intestin supportant la tumeur, sans songer encore *au méso et aux ganglions qu'il peut contenir*; on rase secondairement la tumeur ; quant à l'anus contre nature, on en fait la cure s'il est possible.

A la même époque, en 1892, Bloch de Copenhague, après Heinecke, nous dit Anschutz, a la même idée que M. Reclus et décrit le procédé d'extériorisation qui

porte son nom et qui consiste dans un premier temps à extérioriser la tumeur *sans s'occuper de son méso*, à faire dans un second temps une entérectomie suivie d'entérorraphie extra-abdominale, et dans un troisième temps à rentrer l'intestin, et à fermer la paroi.

Tel est son procédé primitif, mais devant l'échec de l'entérorraphie faite dans le même temps que la résection, il en vient à adopter la technique de Reclus. Il publie deux observations suivies de guérison. Ces deux observations marquent une date dans l'histoire de l'extériorisation, car Bloch oppose ces deux succès aux insuccès nombreux de ses tentatives de colectomie en un temps qui lui ont donné 58 p. 100 de mortalité. Un point particulièrement intéressant dans l'une des observations qu'il publie (un cas de cancer du côlon descendant) est le fait qu'il fut obligé, dit-il, pour extérioriser l'intestin, « d'inciser le péritoine au point où le mésocôlon se continue avec le péritoine pariétal, ce qui permet d'une manière surprenante la mobilisation de la tumeur ».

On trouve dans ce petit détail de technique le principe du décollement colo-pariétal, que M. Pierre Duval devait plus tard décrire.

A la suite de Bloch, Allingham (1893), Walter Edmunds (1894), Studsgaard (1894), Hahn (1894), Caird (1895), Marsh (1897), Vautrin (1897), Gœschel (1900), Duchamp (1902) publient douze observations, toutes terminées par la guérison opératoire.

Mais, c'est avec Mickulicz (1902) que l'extériorisation devait faire un nouveau pas en avant. Cet auteur, en

effet, navré de voir que ses résultats de colectomie en un temps étaient d'autant plus mauvais que sa technique opératoire allait en s'améliorant et que son expérience devenait plus grande, reconnut que la cause de ses nombreux insuccès (42, 9 p. 100 de mortalité) tenait aux conditions mêmes que créait localement le cancer : altérations des parois de l'intestin et virulence du contenu intestinal. De parti-pris, alors, il adopte la méthode d'extériorisation de Bloch qu'il perfectionne. Nous dirons sa technique exacte. Il nous suffit de signaler ici, que, frappé de ce fait que, dans sa méthode, Bloch faisait une extirpation incomplète du méso et des ganglions cancéreux qu'il pouvait contenir, il préconise la section primitive en coin du mésentère et extériorise en même temps que la tumeur, le méso libéré, rendant ainsi possible l'ablation ultérieure complète de toutes les parties malades.

De plus, pour favoriser la cure de l'anus contre nature il rapproche l'un de l'autre en les accolant en canons de fusil, les deux bouts de l'intestin après résection de la tumeur : résection, qu'il pratiquait d'abord 24 ou 48 heures après l'extériorisation, mais qu'il finit par réaliser immédiatement, faisant de son opération primitive en trois temps, une opération en deux temps.

Il publie les résultats de cette méthode : 16 cas dont 2 morts, soit 12,5 p. 100 de mortalité, à opposer aux 42,9 p. 100 de mortalité de ses opérations en un temps. Il conclut en disant que la grande supériorité de la résection en deux temps saute aux yeux. Mais, ce que nous voulons surtout mettre en relief, c'est que le fait

que Mickulicz, dès le début de sa méthode, faisait déjà *la section en coin du méso.*

Il est vrai qu'il avait été précédé dans cette voie, en Angleterre, par Paul, en 1900. Cet auteur, en effet, extériorise d'abord la tumeur et le méso sectionné en coin, en accolant en canons du fusil les anses d'intestin afférente et efférente, puis, introduit ses tubes à travers de petites boutonnières, dans ces deux anses qui sont alors liées sur eux, et finit enfin l'opération par la résection de la tumeur, sans qu'une goutte du contenu intestinal ait pu souiller le péritoine, mais laissant un anus en canon de fusil dont il fait la cure ultérieurement.

A peu près vers la même époque que Mickulicz, en 1902, mais après Paul, Hochenegg décrit un procédé d'extériorisation en deux temps inspiré de celui de Bloch, mais qui ne marque pas le même progrès en avant que celui de Mickulicz, car *il ne s'occupe pas du méso.*

Ce procédé qui consiste, après extériorisation de la tumeur à la Bloch dans un premier temps, à reséquer la tumeur dans un second temps, à faire suivre immédiatement cette résection d'une entérorraphie circulaire, à rentrer enfin la dite anastomose dans l'abdomen qu'il referme, ne lui a donné cependant, que des succès, et au Congrès de Chirurgie Allemand de 1902, il publie une observation détaillée que l'on retrouvera dans nos tableaux, terminée par la guérison. Il applique encore ce procédé dans cinq cas avec des résultat heureux.

En 1904, M. Hartmann, dans une communication faite

à la Société de Chirurgie et sur laquelle M. le Professeur Quénu fut chargé de faire un rapport, présente un procédé d'extériorisation en deux temps, susceptible d'être appliqué dans les cas d'occlusion ou à froid. Le premier temps, — extériorisation après section en coin du mésentère et résection de la tumeur, — est à peu près le même que celui de Mickulicz, à ceci près que le bout inférieur, au lieu d'être abouché à la peau est fermé : ce qui entraîne, dans le second temps de fermeture de l'anus, la nécessité de faire l'entérectomie du segment d'intestin supportant la bouche, entérectomie suivie d'entérorraphie termino-terminale, ou mieux latéro-latérale.

M. le Professeur Quénu, à propos de la communication de M. Hartmann, envisage alors successivement son application possible pendant l'occlusion, ou en dehors d'elle : « Pendant la période d'occlusion, dit-il, l'intervention minima est l'intervention de choix : c'est donc l'anus contre nature avec exérèse secondaire ; mais si le diagnostic de la cause cancéreuse n'ayant pas été fait, on a pratiqué une laparotomie, et si l'anse cancéreuse mobile se prête à l'extériorisation, on peut recourir à l'opération de Hartmann. »

En dehors de la période d'occlusion, il préfère la résection en un temps suivie d'anastomose iléo-sigmoïdienne de décharge, ou opération de Brin. Mais, ajoute-t-il : « J'aurais volontiers recours au procédé de Hartmann, dans les cas où la rapidité est commandée par l'état de l'opéré, ou bien encore si l'on doutait de pouvoir exécuter une bonne réparation, et une réfection parfaite de la continuité intestinale ».

Il se déclare enfin frappé des chiffres fournis par les auteurs allemands et par M. Hartmann : il n'apparaît donc pas, à cette époque, un adversaire de la méthode d'extériorisation, lui reconnaissant déjà certaines indications.

En 1906, Anschutz, élève de Mickulicz, publie un très important mémoire où il conclut nettement à la supériorité de la méthode d'extériorisation à la Mickulicz, dont il décrit la technique détaillée. Comme preuves à l'appui, il donne ses résultats : 120 cas de résection en un temps avec 11 morts, soit 55 p. 100 de mortalité, et 28 cas d'extériorisation, avec 17 p. 100 de mortalité seulement.

En 1907, Okinczyc, élève du professeur Hartmann, publie dans sa thèse le procédé opératoire de son maître, et 2 observations d'opération en deux temps suivies de succès; mais, impressionné par les résultats brillants de certaines statistiques récentes d'opérations en un temps, il n'ose se prononcer en faveur de la méthode d'extériorisation, sauf pour les cas d'occlusion chronique ou aiguë, et termine en disant : « Si la colectomie en deux temps constitue une excellente opération de choix, elle demeure encore une opération de nécessité. » L'opération idéale serait la colectomie en un temps, vers laquelle semblent aller ses préférences dans le cas de cancers coliques tout à fait au début.

En somme, de 1892 à 1906, à l'étranger, et particulièrement en Allemagne avec Mickulicz, les méthodes d'extériorisation en deux ou trois temps paraissent tout à fait en faveur; les statistiques de Mickulicz et de son

élève Anschutz, pour ne parler que des plus importantes, posent nettement, par la faiblesse de leur mortalité immédiate, l'extériorisation en méthode rivale de la colectomie en un temps, non pas seulement dans les cas d'occlusion où les résultats sont plutôt médiocres, mais dans les cancers à froid du gros intestin.

Pendant cette deuxième phase, une troisième phase se prépare, de réaction en faveur de l'opération d'entérectomie en un temps, précédée ou non de la création d'un anus cæcal.

Malgré les résultats déplorables de Kœnig (1890), (33 p. 100 de mortalité), de Czerny (1892) (44 p. 100 de mort.), de Braman (1898) (42,8 p. 100 de mort.), de Kröte (1899) (53,8 p. 100 de mort.), de Boas (60 p. 100 de mort.), de Wolfler (54 p. 100 de mort.), de Kronlein (50 p. 100 de mort.), encouragés par des statistiques plus récentes et fort belles de colectomie en un temps, de Littlewood (14 cas avec 10 guérisons), de Bilton Pollard (7 cas avec 7 guérisons), de Pauchet (7 cas avec 1 mort), de Bakès (10 cas sans mort), les partisans de la colectomie en un temps reprennent courage, et les partisans, eux-mêmes, de la méthode d'extériorisation semblent fléchir, surtout que l'opération de Baum, reprise et érigée à l'état de méthode par Schloffer, en 1903, donne à cet auteur d'excellents résultats. Il publie, en effet, vers cette époque, 8 cas de résection en un temps avec anus préliminaire, suivis de succès.

Jabouley et Cavaillon, en 1908, publient à leur tour 9 observations avec 2 morts, soit avec 22 p. 100 de mortalité seulement.

Aussi, si en 1908 et en 1909, nous voyons encore Peterman et Denk se déclarer partisans de la méthode d'extériorisation à la Mickulicz, nous ne trouvons plus guère, après 1909, que des défenseurs de la méthode en un temps, pour les opérations à froid, s'entend, car tous sont d'accord pour ne plus opérer les cancers en occlusion justiciables de l'anus cæcal ou colique.

Mais empressons-nous d'ajouter que dans la plupart des cas, un certain éclectisme se fait jour, que les partisans de l'opération en un temps, ne sont plus aveuglément partisans de leur méthode, et qu'ils lui reconnaissent certaines contre-indications tenant à l'état général du malade, ou à l'état local de l'intestin.

Mayo, en 1909, par exemple, généralement partisan de l'opération en un temps, fait cependant l'opération de Bloch-Mickulicz dans les cas d'obstruction chronique, et il publie une statistique de 34 cas de cancers sigmoïdes avec 13 p. 100 de mortalité, sans dire malheureusement, — ce qui fait que ses statistiques sont inutilisables, — combien de cas il a opéré en ileus, ni de quelle méthode il s'est servi. Il semble bien que ce soit de la colectomie en un temps, dans la plupart des cas.

Reichel, en 1911, se montre nettement partisan de la méthode en un temps avec une statistique de 13 cas sans mort. Mais une nouvelle série de 3 cas, avec 2 morts lui donne finalement une mortalité globale de 12,5 p. 100. Disons cependant que, tout en préconisant l'opération en un temps, il lui reconnaît comme conditions indispensables, le bon état général du malade, la

vacuité certaine de l'intestin, l'intégrité des parois et la possibilité d'affronter sans tension les deux bouts.

Vers 1911 encore, un travail de Von Haberer publiant les résultats obtenus à la clinique de Von Eiselberg depuis 1909, indique un retour à la colectomie en un temps, abandonnée pour la méthode de Mickulicz à la suite de désastres. Von Haberer rapporte, en effet, une statistique de 22 cas avec 3 morts, mais qui ne renferme pas seulement des cancers. Nous reprendrons ce point dans notre étude critique des résultats de la méthode en un temps, souvent trop brillants.

Schmidt, en 1911, marque un léger retour vers l'extériorisation : ses colectomies en un temps lui ont donné 66 p. 100 et ses extériorisations à la Bloch-Mickulicz 14,2 p. 100 de mortalité. Il se montre donc nettement partisan de cette dernière méthode.

Puis nous trouvous les statistiques trop courtes de Sasse, de Bakès, de Moskivitz publiant, le premier 4 cas de colectomie en un temps sans mort ; le second, 6 cas sans mort ; le troisième, 5 cas avec 1 mort.

Waldenstrom (1911), publie 8 cas de colectomie en un temps, concernant le côlon gauche, avec 1 mort, soit 12,5 p. 100 de mortalité ; et Vianney, 5 cas également sans mort.

Rötter, en 1913, dit avoir suivi la même évolution que Von Eiselberg pour les cancers gauches, car pour les cancers droits il a toujours fait la colectomie suivie d'iléo-transversostomie. Dans une première phase, il a fait la colectomie en un temps qui lui a donné de mauvais résultats, 40 p. 100 de mortalité ; dans une

seconde phase, devant ces désastres, il est passé à l'extériorisation de Mickulicz et sa mortalité est immédiatement tombée à 18 p. 100 (27 cas, 5 morts). Enfin, depuis 1911, il est revenu à la colectomie en un temps avec 18 p. 100 de mortalité seulement. Il reconnaît cependant, comme Reichel, certaines contre-indications à la méthode en un temps.

Borélius, en 1913, publie également une statistique favorable à la résection en un temps, à laquelle il est resté fidèle depuis 1904; Finkelstein, de même.

Plus récemment, Körte, au Congrès international de Londres, faisant un rapport sur le traitement chirurgical du gros intestin, se montre plus éclectique que les auteurs précédents, et sa statistique, portant sur 61 cas, nous semble avoir une valeur plus grande. Sa mortalité globale est de 21,3 p. 100; mais il fait la remarque, très importante, qu'elle varie suivant le siège : de 14, 3 p. 100 pour les cancers droits, elle monte à 66 p. 100 pour les cancers du transverse, à 42 p. 100, pour ceux de l'angle splénique, et redescend à 10 p. 100 seulement pour les cancers de la flexure.

Il en conclut à la résection en un temps suivie d'anastomose iléo-colique, pour les cancers droits; à la colectomie en un temps, suivie de suture bout à bout, pour les cancers de l'anse sigmoïde, et à *la méthode d'extériorisation à la Mickulicz*, pour les cancers de l'angle splénique, du transverse et du côlon descendant. Encore n'est-il pas partisan de la méthode en un temps pour tous les cas de cancers sigmoïdes, mais seulement pour les cas non compliqués avec une éva-

cuation intestinale suffisante, une bonne vascularisation des bouts intestinaux, et la possibilité d'un affrontement sans tension.

Quant à Bastianelli, au même Congrès international de Londres, il se range dans la majorité des cas : à la méthode de Baum-Schloffer.

Plus récemment encore, eut lieu une série de communications à la Société de Chirurgie, marquant un retour à la méthode d'extériorisation, à propos d'un rapport de M. Demoulin sur 2 observations de A. Schwartz, l'une de cancer du côlon descendant en occlusion, l'autre de cancer du côlon transverse sans occlusion, qui furent deux succès dus à la méthode d'extériorisation de Bloch.

Dans son rapport très documenté, et après avoir rapporté 51 cas de cancer du côlon, traités par la méthode d'extériorisation en dehors de l'ileus, avec 7 morts (soit une mortalité de 13,7 p. 100). M. Demoulin formule ainsi son avis : « Je crois que l'extériorisation ne peut être pratiquée que pour les tumeurs mobiles, facilement extériorisables, sans manœuvres complémentaires, et je pense, en écrivant ces derniers mots, au décollement surtout. Cela me dispense d'envisager les segments du côlon qui sont loin d'être aussi mobiles et aussi facilement accessibles les uns que les autres. Je ne puis dire qu'une chose, c'est que l'extériorisation a à son actif de brillants résultats, et qu'elle a été conseillée par beaucoup de chirurgiens, en Allemagne surtout, avec enthousiasme, à cause de sa mortalité très inférieure. »

A propos de ce rapport, M. le Professeur Quénu

apporte sa statistique de 20 cas de cancer du côlon gauche, élimination faite des cancers recto-sigmoïdiens. « Sur ces 20 cas, dit-il en concluant, — après avoir parlé des conditions d'opérabilité tenant à l'état général du malade et à l'état local de l'intestin — 4 avaient un siège angulo-splénique, 16 un siège sigmoïdien : la mortalité opératoire a été de 6 pour 14 guérisons, soit de 30 p. 100. Si j'analyse les cas terminés par la mort, je trouve sur 6 morts, 5 cas où, après extériorisation, j'ai fait l'exérèse en un temps; tandis que je ne trouve aucune mortalité pour les cas où, après avoir pu extérioriser, j'ai fait une exérèse secondaire plusieurs jours après. » C'est dire qu'il se range nettement, dans certains cas bien entendu, du côté de la méthode d'extériorisation.

Une nouvelle observation de A. Schwartz relative à un cancer sigmoïdien chez une femme, opérée par la méthode d'extériorisation de Bloch, vient apporter à cette méthode un nouveau succès, auquel Souligoux et Peyrot en ajoutent quatre autres.

Si nous jetons maintenant un coup d'œil d'ensemble sur l'histoire du traitement chirurgical du cancer des côlons, et plus particulièrement sur l'histoire de l'origine et du développement de la méthode d'extériorisation en deux ou trois temps, nous voyons que, née des désastres de la colectomie en un temps, elle se développa en Allemagne surtout, et donna de très beaux succès, malheureusement suivis, dans trop de cas, de récidives, ou de fistules stercorales dues à la difficulté de la fermeture de l'anus. Devant les inconvénients de cette méthode,

dont la technique n'était pas encore parfaite, la colectomie en un temps, mieux réglée, faite dans des conditions meilleures d'opérabilité, reprit l'avantage. Cependant, des dernières communications à la Société de Chirurgie, il semble résulter un renouveau de faveur pour les méthodes d'extériorisation, car en face des 8 cas d'extériorisations du Professeur Quénu sans mort, des 3 cas de A. Schwartz qui furent tous des succès, et des 5 cas de Souligoux et Peyrot dont un mort, mais dans une cas désespéré, aucun chirurgien n'apporta, tout au moins jusqu'à présent, de statistique favorable aux opérations en un temps.

CHAPITRE II

EXPOSÉ DES DIFFÉRENTS PROCÉDÉS D'EXTÉRIORISATION

Nous nous proposons, tout simplement, dans ce chapitre, d'exposer les différents procédés d'extériorisation tels que les ont conçus leurs auteurs, et de reproduire leur technique.

On peut diviser ces procédés en deux groupes :

Procédés en trois temps;

Procédés en deux temps; si l'on considère seulement le nombre d'interventions qu'ils nécessitent.

Les procédés en trois temps comprendraient alors : ceux de Reclus, de Bloch, de Mickulicz (au début de sa méthode); les procédés en deux temps : ceux de Hochenegg, de Paul, de Hartmann.

Mais il est préférable de les grouper d'une autre manière, en tenant compte, avant tout, de la section en coin du mésentère, ce qui met dans un premier groupe, les procédés de Bloch, de Reclus et de Hochenegg,

vieillis et qui constituent des opérations incomplètes ; et dans un deuxième groupe, les opérations de Paul, de Mickulicz et de Hartmann qui constituent déjà des procédés d'extériorisation perfectionnés. C'est cette dernière division que nous adopterons, parce que basée sur un progrès de technique absolument primordial, et parce qu'elle range aux côtés de l'opération de Reclus et de Bloch, l'opération de Hochenegg qui, bien qu'en deux temps, n'en diffère que fort peu, avec son premier temps d'extériorisation prolongée, sans résection du mésentère, à la Bloch.

I. — Procédés d'extériorisation sans résection primitive en coin du mésentère. — Reclus. — Bloch. — Hochenegg.

1° **Procédé de Reclus** (1) (en trois ou deux temps). — On trouve au chapitre « Tumeurs de l'intestin » dans le *Traité de thérapeutique* de M. Forgue et Reclus, la description suivante :

« Pour certaines tumeurs, cancéreuses ou autres, mais encore mobiles et non adhérentes aux organes voisins, l'un de nous a imaginé et pratiqué deux fois une opération qui pourrait rendre des services : la tumeur est purement et simplement retirée hors du ventre tout entière, et de telle sorte que les portions saines de l'intestin en aval et en amont du néoplasme, puissent adhérer au péritoine pariétal spontanément ou par suture.

Puis la tumeur est rasée, soit au bout de quelques jours dans le premier cas, soit immédiatement dans le second ; et il

(1) Forgue et Reclus. *Traité de Thérapeutique chirurgicale*, 1892, p. 671.

reste après cette opération, un anus artificiel pur et simple.

On peut plus tard essayer d'oblitérer cet anus, mais dut-on le laisser, l'opération est supérieure à l'anus artificiel au-dessus de l'obstacle, puisque nous supprimons la tumeur et que nous ouvrons par conséquent la porte à l'espérance d'une guérison radicale. »

M. Reclus pose donc, dans cette description simple et claire, le principe de la méthode d'extériorisation en deux ou trois temps, propose la cure ultérieure de l'anus contre nature, mais sans dire par quel procédé.

2° **Procédé de Bloch** (en trois temps). — L'intervention recommandée par Bloch (1) comprend trois temps bien tranchés, ou pour mieux dire trois opérations successives :

1er TEMPS. — *Traction de l'anse malade en dehors de la cavité abdominale, et fixation de l'anse dans cette nouvelle position.*

Après incision médiane sous-ombilicale de la paroi abdominale, si le diagnostic est imprécis; incision variable si l'on a pu faire le diagnostic de siège de la tumeur; le chirurgien explore cette dernière, se rend compte de ses connexions, de l'état des ganglions, et peut alors opter en connaissance de cause, pour la cure radicale, ou pour le traitement palliatif.

Si la cure radicale est possible, le chirurgien saisit, avec la main, l'anse malade, et doucement essaye de la mobiliser, la libérant, si nécessaire, de ses adhérences avec l'épiploon. L'anse, une fois libre dans la cavité abdominale, le chirurgien tentera prudemment de l'attirer dans la plaie pour lui faire faire hernie au dehors. Cette traction ne sera pas toujours facile, et cela tiendra, comme nous l'avons dit plus haut, soit

(1) BLOCH. *Nord. medic. Archiv*, 1892, in thèse CHAVANNAZ Bordeaux, 1894.

au siège du néoplasme, soit à l'envahissement du méso qui aura perdu sa souplesse.

Pour remédier, dans la limite du possible, aux difficultés que présente ce temps de l'opération, Bloch a proposé de faire dans le péritoine des incisions libératrices. Ces incisions seront faites parallèlement à la direction du méso, et elles porteront sur le péritoine pariétal, dans le voisinage de la ligne où le méso se continue avec ce feuillet. Par suite même de la situation latérale des incisions par rapport au pédicule du méso, on voit que les vaisseaux mésentériques ne seront pas intéressés, et qu'on n'aura pas à redouter le sphacèle de l'intestin.

Aussitôt l'anse amenée au dehors, on passera à travers son méso, en ménageant les vaisseaux mésentériques, une ou plusieurs broches entourées de gaze iodoformée. On pourrait ainsi, suivant la méthode de Maydl, laisser les adhérences se faire spontanément, mais il sera certainement préférable d'employer conjointement la suture. Quelques points au catgut fin rapprocheront les lèvres de la plaie péritonéale, du revêtement séreux de l'intestin sain. Puis on fera une suture en surjet des deux lèvres péritonéales, et cela à travers le méso-côlon. On évitera bien entendu de blesser les vaisseaux mésentériques. La suture sera à points espacés; on tirera peu sur le catgut, afin de ne pas étrangler les vaisseaux du méso-côlon, ce qui pourrait amener le sphacèle de l'anse.

Les deux angles de la plaie musculo-cutanée seront ensuite réunis par deux plans de sutures en étages.

2e TEMPS. — *Résection de la tumeur*; *entérorraphie.*

Du dixième au quinzième jour, on pratique la résection de la tumeur. On attaquera celle-ci prudemment, à coups de ciseau, de façon à ne pas provoquer de la part du méso-côlon une traction brusque sur les adhérences. On devra dépasser de 1 à 2 centimètres les limites du néoplasme, tailler en tissu sain, et c'est ici qu'on reconnaîtra combien il est utile d'attirer dans le premier temps, au dehors de la cavité intestinale, non seulement la partie atteinte, mais encore une certaine

étendue des parties saines, en amont et en aval de la tumeur.

On tentera alors l'entérorraphie circulaire.

L'opération finie, on placera de nouveau sur la plaie un pansement à la gaze iodoformée. On attendra ensuite que, sous ce pansement, la suture intestinale fasse ses preuves de solidité.

La résection de la tumeur peut n'être pas suivie d'entérorraphie immédiate; le chirurgien pourra préférer ajourner à plus tard ce rétablissement de la continuité du tube intestinal, afin de surveiller la récidive toujours possible.

Il y aura malheureusement inconvénient à agir ainsi, car les bouts de l'intestin isolés se rétracteront rapidement, et l'entérorraphie extra-péritonéale ne pourra être tentée par suite du manque d'étoffe intestinale. On aura alors recours à l'entérotome ou à l'entérectomie.

3e TEMPS.

Une quinzaine de jours après l'intervention précédente, si la suture intestinale a réussi, si l'état général du sujet s'est suffisamment amélioré, si les selles sont devenues normales, on pourra songer à réduire l'anse herniée.

Toutes les précautions prises, le chirurgien, utilisant le tracé de la première insision, détruira les adhérences à l'aide du bistouri et des ciseaux. On devra faire ici une dissection extrêmement prudente et il vaudra mieux laisser quelques parcelles de paroi adhérentes à l'intestin, plutôt que de risquer d'altérer la solidité de ses tuniques.

L'anse intestinale, une fois épongée avec des compresses antiseptiques, sera ensuite repoussée doucement dans la cavité abdominale, et celle-ci sera refermée à l'aide de sutures en étages.

Telle est la technique de l'opération de Bloch, qui est toujours une opération en trois temps.

Dans le cas de cancer en occlusion, à son premier temps, il ajoute la fistulisation de l'anse afférente pour permettre à l'intestin de se vider.

Si nous établissons maintenant le schéma de l'opération de Bloch, nous pouvons la résumer de la façon suivante :

1er temps : Extériorisation .	Simple, si cancer à froid. Avec fistulation de l'anse afférente si cancer en occlusion.
2e temps : 10 à 15 jours après.	Résection avec entérorraphie circulaire, ou Résection avec abouchement des bouts de l'intestin à la peau.
3e temps : 15 jours après . .	Réduction de l'intestin, ou Cure de l'anus par entérotome ou entérectomie suivant la distance séparant les deux orifices intestinaux.

Mais, la résection suivie d'entérorraphie extra-péritonéale immédiate, ayant donné à Bloch un insuccès (Osb. n° 1), il semble donner la préférence à la résection suivie de la création d'un anus contre nature, dont la cure sera faite ultérieurement (Obs. n° 3).

3° **Procédé de Hochenegg** (1) (en deux temps). — Le procédé de Hochenegg, tel qu'il résulte de la lecture de ses observations (Obs. n° 15), est le suivant :

Dans un *premier* temps :

Il extériorise la tumeur, passe une mèche de gaze à travers le méso-côlon, et rétrécit ensuite par sutures,

(1) Hochenegg. *Congrès Allemand de Chirurgie*, 1898 et 1902. — *Archiv f. klin. Chir.*, t. LXVIII, p. 172.

les angles de la plaie. Puis, par une petite ouverture faite sur l'anse afférente, il introduit un tube de verre pour dériver le cours des matières fécales, et les empêcher de souiller la plaie.

Dans un *deuxième* temps :

Après une dizaine de jours, il procède à une résection typique de la masse cancéreuse, résection qu'il fait suivre d'une anastomose termino-terminale des deux bouts de l'intestin qu'il rentre dans l'abdomen. La paroi abdominale est alors complètement refermée.

L'originalité de l'opération de Hochenegg, consiste dans la fusion, en un seul, des deux derniers temps de Bloch. C'est donc, aux yeux de son auteur, une méthode d'extériorisation perfectionnée au point de vue de la durée du traitement.

Pas plus que Reclus et Bloch, il ne se préoccupe du mésentère et des ganglions néoplasiques qu'il peut contenir.

II. — **Procédés d'extériorisation avec résection primitive en coin du mésentère. — Paul Mickulicz. — Hartmann.**

1° **Procédé de Paul** (en deux temps). — Paul décrit ainsi son procédé dans le *British Medical Journal* de février 1900 :

1er TEMPS. — *Extériorisation de la tumeur après section en coin du mésentère, accolement en canons de fusil des deux anses afférente, et efférente, introduction des tubes de Paul ; résection de la tumeur.*

Le siège du cancer bien déterminé, on fait à son niveau une incision suffisamment hardie, et l'intestin est découvert.

Le mésentère est alors sectionné bien au delà de la tumeur, et de chaque côté de celle-ci, après pincement et ligature des vaisseaux. Le segment d'intestin contenant la tumeur est sorti rapidement au dehors de la plaie abdominale. On laisse le moignon mésentérique dans la profondeur, mais on accolle par un certain nombre de points de suture les deux bouts de l'intestin extériorisé, de telle sorte qu'on les réunit en canons de fusil sur une longueur d'au moins trois pouces.

De petites incisions sont ensuite faites dans l'intestin, au-dessus et au-dessous de la tumeur. A travers l'orifice du bout supérieur, un grand tube de colectomie (tube de Paul) est introduit, tandis qu'à travers l'orifice du bout inférieur on en introduit un plus petit. Les deux anses afférente et efférente sont liées sur ces tubes.

Finalement, le segment d'intestin contenant la tumeur est reséqué.

Il n'est pas nécessaire de suturer l'intestin à la plaie, je ne l'ai jamais fait. Mais, si la plaie est plus longue qu'il n'est nécessaire, on pourra la fermer à ses deux extrémités, à l'aide de sutures prenant tous les plans de la paroi abdominale, et accrochant l'intestin.

Il est facile de constater que tous les temps de l'opération après ouverture de la cavité péritonéale, se font sans écoulement de sang, et qu'il n'y a pas le plus petit risque de souiller le péritoine avec des matières fécales.

Les tubes tombent ordinairement au bout de 7 à 8 jours.

2e TEMPS. — *Cure de l'anus en canons de fusil.*

Aussitôt les tubes tombés, on met sur l'éperon de longues pinces forceps, analogues à l'entérotome de Dupuytren. Au bout de quelques jours, l'éperon sera suffisamment détruit et la lumière de l'intestin restaurée. On procèdera alors à la cure de la fistule intestinale restante, en libérant ses bords et en les suturant. On recouvrira finalement l'intestin en refermant par dessus la paroi abdominale.

Dans ce procédé de Paul, l'extériorisation, faite après section primitive du mésentère, est immédiatement suivie de la résection rendue sans danger par l'introduction des tubes qui portent son nom; et sur lesquels sont liées les deux anses intestinales afférente et efférente.

La section primitive en coin du mésentère et l'introduction des tubes de verre, sont les deux points nouveaux de cette méthode. On y voit apparaître également l'accolement des deux bouts de l'intestin en canons de fusil, pour rendre plus facile la cure ultérieure de l'anus qui comprendra deux temps : la destruction de l'éperon par applications successives d'entérotomes, et la fermeture de la fistule consécutive par entérorraphie.

2° **Procédé de Mickulicz** (en trois, puis deux temps). — Le procédé de Mickulicz (1), qui ne fut publié qu'en 1902, bien que son auteur l'ait appliqué depuis 1898, est presque identique à celui de Paul; il n'en diffère que par quelques détails techniques.

1er Temps. — *Extériorisation après section primitive en coin du mésentère, accolement des deux anses afférente et efférente en canons de fusil, fermeture de la cavité péritonéale.*

L'incision une fois faite, l'intestin mis à nu, la tumeur est libérée de ses adhérences, puis on l'extériorise si le mésentère est souple, long et mobile; sinon, on pratique le décollement jusqu'à ce qu'on retrouve un mésentère de longueur suffisante. S'il contient des lymphatiques et des ganglions

(1) Mickulicz. *Congrès de Chirurgie Allemand*, 1902. *Archiv f. klin. Chirurgie*, 1903, t. LXIX, p. 28, mais surtout in travail d'Anschutz.

dégénérés, on procède à sa résection cunéiforme. On suture ensuite la brèche mésentérique par un surjet, et on fixe l'une à l'autre les deux anses afférente et efférente sur une longueur de 10 à 12 centimètres, pour former l'éperon sur lequel on appliquera l'entérotome.

La paroi est ensuite fermée jusqu'au passage des deux anses. Il est important de faire une bonne suture péritonéale, et de fixer par quelques points les anses au péritoine pariétal.

Deux centimètres d'intestin sain, au moins, doivent dépasser la plaie, et même, si la paroi abdominale est très épaisse, il peut être nécessaire de fixer les deux anses l'une à l'autre assez loin, car une grande partie de l'éperon se trouverait à l'intérieur des plans pariétaux.

La peau, après sutures, est recouverte de pâte à l'oxyde de zinc, même dans sa partie médiane qui correspond à la face profonde de la tumeur extériorisée.

Il est bon, enfin, de mettre autour des anses de gros fils de soie, qu'on nouera plus tard sur les tubes de verre.

2e Temps. — *Résection.*

Ce temps est pratiqué une ou deux heures après l'extériorisation, ou franchement vingt-quatre ou quarante-huit heures après. Mais, dit Mickulicz, si la suture est bien faite, on ne doit pas craindre l'infection péritonéale.

L'intestin est sectionné au thermo-cautère. Dans l'anse afférente on introduit un tube de Paul sur lequel l'intestin est lié, et qui dérive les matières par l'intermédiaire d'un tube de caoutchouc. Dans le bout inférieur, on introduit un tube de verre plus petit, mais par lequel il ne s'écoule ordinairement rien. Deux ou trois jours après, l'intestin se gangrène et les tubes tombent. On fixe à nouveau le tube supérieur, car il vaut mieux qu'il reste longtemps dans l'intestin.

3e Temps. — *Cure de l'anus.*

On fait d'abord disparaître l'éperon, mais seulement lorsqu'il ne sera plus ni dur ni douloureux, à l'aide de l'entérotome, qu'on appliquera à deux ou trois reprises différentes,

car il est rare qu'une seule fois suffise. Aussitôt que 5 ou 6 centimètres d'éperon auront disparu, on procèdera à la fermeture de la fistule persistante par entérorraphie.

La durée du traitement complet est ordinairement de trois mois.

Le procédé de Mickulicz peut donc être un procédé en trois temps, ou seulement en deux temps, comme celui de Paul.

Le premier temps d'extériorisation ne diffère de celui de cet auteur que par la fermeture plus rigoureuse de la cavité péritonéale — ce qui est un détail technique de grande importance — et par l'accolement sur une plus grande longueur des deux anses afférente et efférente.

Les deux autres temps ne présentent rien de spécial.

3° **Procédé de Hartmann** (en deux temps). — On trouve la description de ce procédé dans les *Travaux anatomo-cliniques* du Professeur Hartmann (1), description reproduite dans la thèse d'Okinczyc (2), son élève en 1907.

Incision. — En règle générale, l'incision doit être faite sur la tumeur, toutes les fois que la palpation en aura révélé l'existence. Si l'on ne sent pas de tumeur, le mieux est de commencer par une cœliotomie médiane qui permettra l'exploration et à laquelle on adjoindra d'autres incisions suivant les circonstances.

Dans les cancers des côlons ascendant et descendant, on préfèrera l'incision médiane, branchant, si cela est nécessaire, sur cette première incision une incision transversale.

(1) Hartmann. *Travaux anatomo-cliniques*, 1907.

(2) Okinczyc. Thèse de Paris, 1907.

Pour le côlon pelvien, l'incision classique dans la fosse iliaque gauche oblique suivant la direction des fibres du grand oblique, reste la meilleure.

Pour une tumeur du côlon transverse, ce sera l'incision médiane qui donnera le plus de jour.

Pour l'angle splénique, à l'incision parallèle au bord externe du droit, on préfèrera une incision curviligne parallèle au rebord des fausses côtes, se terminant en bas dans l'espace costo-iliaque.

L'incision, une fois faite, on passera à la recherche et à l'examen de la tumeur, examen qui permettra, en connaissance de cause, de poser l'indication opératoire. On mobilisera la tumeur, en utilisant si cela est nécessaire le décollement préconisé par Bloch et Pierre Duval, et on l'attirera hors du ventre. L'opération proprement dite commence alors.

1er TEMPS. — *Ablation de la tumeur après extériorisation, et avec fixation des deux bouts dans la plaie.*

Le méso doit être sectionné en coin, de manière à enlever les ganglions au contact de l'intestin, tout en assurant la vascularisation des deux bouts. Après protection du champ opératoire, et isolement de l'anse, suivant les procédés habituels, on rapproche l'une de l'autre l'anse afférente et l'anse efférente, ce rapprochement étant porté très haut et loin de la tumeur. Un fil de soie, assez long, passant dans l'épaisseur des parois intestinales sans les perforer, unit l'une à l'autre les deux anses, au-dessous du méso sectionné. Un surjet séro-séreux est ainsi établi de dedans en dehors, de la cavité abdominale vers l'extérieur, des parties saines de l'intestin vers la tumeur.

Le surjet doit être assez long, pour que l'anse une fois fixée hors du ventre, la moitié du surjet demeure intra-abdominale, et l'autre moitié extra-abdominale. Il y a donc intérêt, pendant ce temps opératoire, à exagérer l'extériorisation pour opérer hors du ventre.

La suture terminée, on laisse l'anse se réduire de quelques centimètres; la suture devient ainsi intra-péritonéale dans sa

première partie. La longueur du surjet varie bien entendu avec l'épaisseur de la paroi abdominale. Le but de ce surjet est de fixer d'emblée les deux bouts de l'anse en canons de fusil, préparant ainsi par avance le deuxième temps, la cure de l'anus artificiel qu'on va établir.

L'anse ainsi disposée en canons de fusil, est alors fixée à la plaie abdominale, par un surjet séro-séreux circulaire.

Puis l'intestin n'ayant pas encore été ouvert, le ventre est fermé au-dessus et au-dessous de l'anse extériorisée, par un surjet, ou par des points séparés comprenant le péritoine et les plans musculo-aponévrotiques.

La résection de la tumeur hors du ventre sera dès lors faite dans les conditions les meilleures, pour éviter la contamination de la cavité intestinale.

Afin de faciliter, après la résection, le drainage de l'intestin, nous avons eu soin d'extérioriser l'anse malade de façon à conserver au-dessus de la tumeur, à l'extérieur du ventre, un bout afférent plus long que le bout efférent.

La résection se fait alors de la manière la plus simple : avec une forte pince, telle que celle de Collin, nous écrasons le bout efférent aussi loin que possible de la tumeur, engageant un des mors de la pince écrasante dans l'orifice du méso résultant de sa section. Une ligature est placée au niveau de la partie écrasée, un clamp entre elle et la tumeur, ce qui permet de faire la section sans écoulement possible du contenu intestinal.

Pour achever la résection de la tumeur, nous sectionnons le bout afférent entre deux clamps qui en assurent la coprostase, faisant cette section un peu plus loin de la plaie pariétale que pour le bout efférent. Il ne reste plus qu'à lier le bout afférent sur un tube de Paul, et à faire le pansement en tamponnant mollement le pourtour des deux bouts avec des compresses de gaze iodoformée qui isolent l'intestin de la plaie pariétale.

Un tube de caoutchouc, adapté au tube de Paul, va assurer l'écoulement des matières à travers le pansement, sans qu'il se soit échappé une seule goutte du contenu intestinal.

Le tube tombe au bout de cinq à six jours.

2e TEMPS. — *Fermeture de l'anus artificiel.*

On peut pratiquer le deuxième temps à peu près trois semaines après le premier. Personnellement, nous préférons faire la résection en masse des parties constituantes de l'anus artificiel, la fermeture des deux bouts, et leur anastomose de la manière suivante : nous fermons complètement l'orifice de l'anus artificiel par un surjet cutané à la soie, qui l'enfouit. Il est alors possible de laver la paroi abdominale comme pour toute opération septique. La désinfection opérée, nous circonscrivons par une incision ovalaire toute la zone occupée par l'anus et ouvrons le péritoine tout autour. Par une traction prudente, aidée au besoin par quelques manœuvres de libération, nous extériorisons le segment sur lequel va tout à l'heure porter la suture. Nous sectionnons l'intestin entre des clamps à mors élastiques, nous nous débarrassons de l'anus artificiel dès lors complètement isolé, et terminons par la combinaison d'une fermeture des deux bouts, et l'établissement d'une anastomose latérale, suivant les procédés habituels.

La technique du Professeur Hartmann diffère donc de celle de Mickulicz par ce fait qu'il ferme le bout inférieur de l'intestin au lieu de l'aboucher à la peau. De plus, aux applications successives d'entérotomes, à l'entérorraphie extra-péritonéale, il préfère la résection en masse des parties constituantes de l'anus artificiel, suivie de la fermeture des deux bouts et de leur anastomose latérale.

Si nous avons reproduit tout au long les différents procédés d'extériorisation, c'est que nous voulions mettre en relief, d'après le texte même des auteurs, les points originaux de leurs procédés, souvent déformés dans la littérature médicale.

De plus, il est ainsi plus facile de suivre, d'un procédé à l'autre, les progrès techniques de la méthode d'extériorisation, à laquelle des auteurs, partisans de méthodes adverses, ont fait des critiques, justifiées ou non, que nous allons maintenant examiner.

CHAPITRE III

REPROCHES FAITS A LA MÉTHODE D'EXTÉRIORISATION

Leur application aux différents procédés. Sont-ils justifiés?

Nous avons vu, dans le chapitre précédent, les différents procédés d'extériorisation.

Recherchons maintenant, abstraction faite des indications de l'extériorisation que nous envisagerons plus loin, s'ils répondent, étant données les conditions moyennes dans lesquelles se présente un cas de cancer non favorable du côlon, au but recherché, s'ils satisfont à la logique d'une intervention bien conduite?

Et pour cela, nous ne saurions mieux faire, passant en revue les différents reproches faits à la méthode d'extériorisation en général, que d'examiner en quelle mesure ils sont applicables aux différentes opérations de Bloch, Hochenegg, Paul, Mickulicz et Hartmann.

Quels sont ces reproches?

Reproches d'ensemble tout d'abord : la méthode d'extériorisation est une méthode longue, qui demande des mois de traitement, qui nécessite plusieurs opérations successives, qui exerce à la fois, comme le dit Rotter, la patience des malades et de l'opérateur.

Reproches plus précis, que l'on trouve énumérés dans la communication de MM. Jaboulay et Cavaillon (1) à la Société de Chirurgie de Lyon en 1908, et qui sont les suivants :

1° En employant la méthode d'extériorisation, on fait *une ablation forcément incomplète du territoire lymphatique*. Sans doute, quand on voit le néoplasme, à condition que celui-ci n'adhère pas ou ne porte pas sur un côlon accolé, on pourra croire faire une extériorisation large, mais 48 heures après, quand on fera la résection, une partie importante sera rentrée dans l'abdomen, attirée par la masse intestinale, et l'on coupera près du cancer. Cet inconvénient sera plus vrai encore pour le coin mésentérique, qui se retirera peu à peu dans l'abdomen.

2° Les résultats éloignés de cette méthode sont là, pour montrer la justesse de cette critique. Dans 30 p. 100 des cas d'Anschutz, n'y a-t-il pas eu récidive rapide?

3° De plus, l'anus en canons de fusil laissé, après l'exérèse, est d'une gravité spéciale à traiter. Anschutz enregistre 9 morts de ce fait.

Examinons ces reproches point par point et voyons s'ils sont justifiés dans le cas particulier de chacun des procédés d'extériorisation.

(1) Saboulay et Cavaillon. *Soc. de Chirur. de Lyon*, 30 janvier 1908

Le premier reproche d'ordre général, la longueur de l'opération, s'applique dans son ensemble à tous les procédés d'extériorisation, et c'est en partie pour lui échapper, que l'opération primitive d'extériorisation en trois temps devient une méthode en deux temps.

Comme contre-arguments, nous dirons : le reproche de temps, au point de vue chirurgical, ne compte pas, lorsqu'il s'agit avant tout de guérir un malade et de le mettre à l'abri de certains dangers, comme la péritonite.

Et d'ailleurs, l'opération en trois temps de Baum-Schloffer, dont sont partisans Jaboulay et Cavaillon, n'est-elle pas également une opération longue? L'opération de Volkmann, à laquelle se rallient les partisans de la méthode de la colectomie idéale, quand celle-ci est impossible, opération en deux temps, n'est-elle pas à son tour une opération longue. Et, sont-ce les quelques huit jours, laissés dans la méthode typique d'extériorisation, entre l'extériorisation même et la résection de la tumeur, qui doivent compter dans l'ensemble du traitement?

Evidemment non, et disons-le de suite, une bonne extériorisation doit à notre avis, comprendre trois temps, un intervalle libre doit être laissé entre le temps d'extériorisation et le temps de la résection : ce qui met le malade plus sûrement à l'abri de la péritonite, ou tout au moins de ces petits décollements, ou de ces petits foyers de suppuration limités, toujours susceptibles de prendre une allure dangereuse chez des individus pour la plupart déprimés, et en état de moindre résistance.

Nous retournerons donc ce reproche de longueur et

de multiplication des temps opératoires, à leurs auteurs, puisque le raccourcissement de l'opération, par fusion des deux premiers temps, peut être un danger, et, reprocherons, au contraire, aux méthodes de Paul et de Mickulicz de ne pas être aussi sûres que les méthodes de Bloch ou de Mickulicz encore, lorsqu'il pratiquait l'extériorisation en trois temps.

Il est vrai que le tube de Paul fait en partie disparaître le danger d'infection; mais il peut se déplacer, tomber précocement par gangrène de l'anse qui le contient, anse qui, ne l'oublions pas, est toujours plus ou moins dépourvue de mésentère.

M. le Professeur Quénu, d'ailleurs, ne disait-il pas dernièrement, dans sa communication à la Société de Chirurgie (1) : « L'exérèse primitive (après extériorisation) est plus facile incontestablement que la secondaire; elle ne me paraît pas néanmoins présenter la même sécurité. Le tube de Paul n'assure la protection que pendan peu de jours; l'intestin lié sur lui ne tarde pas à se flétrir; le bout inférieur, quoique vide, garde une certaine septicité. Mais je pense qu'il importe de ne mettre que peu de jours entre l'extériorisation et la résection. Ces quelques jours suffisent pour immuniser la plaie contre l'infection d'une façon suffisante. »

Le reproche capital de Jaboulay, d'enlever de façon incomplète le territoire lympho-ganglionnaire attenant à la tumeur est-il plus fondé?

Nous avouons ne pas le comprendre. Jaboulay semble ne pas ignorer les procédés de Mickulicz, de Paul et de

(1) Quénu. *Bullet. de la Soc. de Chirurgie,* Paris. 2 juillet 1913.

Hartmann, et cependant il parle du coin mésentérique rentrant dans l'abdomen. Or, nous savons que ces auteurs font justement de la résection première du coin mésentérique un point important de leur méthode. Sans doute, le reproche subsiste pour les procédés de Bloch et de Hochenegg, mais procédés vieillis, abandonnés par les partisans de l'extériorisation élargie à la Mickulicz.

Il n'en est pas moins vrai, qu'une résection large du mésentère s'impose, et il nous reste à examiner si les procédés de Paul, de Mickulicz et de Hartmann peuvent satisfaire toujours, et dans tous les cas répondre à cette nécessité?

Il peut être en effet, fort difficile, si le méso est largement infiltré, farci de ganglions, d'extérioriser à la fois la tumeur et son coin mésentérique fusionnés, formant une masse énorme, sans être obligé de mettre au dehors de l'abdomen une très grande longueur d'anse afférente et efférente : ce qui n'est pas toujours réalisable, en particulier dans les cancers bas situés d'une anse sigmoïde même longue, ou de la partie moyenne d'une anse sigmoïde courte.

Nous attirons tout particulièrement l'attention sur ce point, parce que cette difficulté, ou même cette impossibilité d'extérioriser un coin mésentérique volumineux attenant à une tumeur déjà volumineuse elle-même, faute d'étoffe intestinale surtout par en bas, nous semble tout à fait légitimer le procédé d'extériorisation élargie de M. le Professeur Quénu, dont nous exposerons plus loin la technique.

Comme nous l'avons vu, Jaboulay reproche encore à la méthode d'extériorisation ses récidives rapides.

Mais il faut tenir compte, dans la totalité des récidives, des résultats forcément mauvais des extériorisations à la Bloch ou à la Hochenegg, qui respectent le méso.

Nous reviendrons d'ailleurs, en étudiant les résultats éloignés de nos 118 observations d'extériorisation, sur cette question primordiale.

Un dernier reproche, certes très important, nous reste à discuter : celui des dangers et des inconvénients de l'anus contre nature en canons de fusil, laissé par suite de l'abrasion de la tumeur.

C'est un des reproches les plus justifiés parmi ceux faits à l'extériorisation.

Bloch et Hochenegg l'ont bien senti, et nous savons qu'ils ont cherché à y échapper. Le premier, en faisant suivre la résection de la tumeur d'une entérorraphie circulaire extra-abdominale, qu'il laissait quelques jours à l'extérieur pour surveiller l'intestin. Le second, plus hardi, en rentrant immédiatement à l'intérieur de l'abdomen l'anastomose qu'il venait de créer. Mais Bloch eut des insuccès, ses sutures lâchèrent, de l'infection se produisit, et il en vint à faire de parti pris l'anus en canons de fusil.

Hochenegg, il est vrai, fut plus heureux, et n'eut que des succès, mais il fut le seul.

Examinons maintenant ces *inconvénients* et ces *dangers*.

Si les deux bouts sont séparés l'un de l'autre, et

s'il existe un pont intermédiaire, comme dans le procédé de Bloch qui n'accole pas en canons de fusil l'anse afférente et efférente, il peut être impossible de faire la cure de l'anus par un autre moyen que l'entérectomie suivie de suture circulaire : ce qui expose encore les malades à tous les dangers d'une opération intra-abdominale faite dans de mauvaises conditions, car la peau est toujours plus ou moins irritée par le contact incessant des matières fécales.

Il est vrai que l'on peut dans une certaine mesure, supprimer cet inconvénient, en faisant une suture en bourse de la marge de l'anus, et, en désinfectant ensuite la peau. C'est la technique suivie par le professeur Hartmann qui est toujours obligé de rétablir la continuité intestinale par entérectomie, dans son procédé qui consiste, comme nous le savons, à mettre un tube de Paul dans le bout supérieur, et à fermer le bout inférieur.

Mais, en général, dans les autres procédés d'extériorisation de Paul, de Mickulicz, on s'efforce, autant qu'il est possible de rapprocher les deux bouts de l'intestin, et de les accoler en canons de fusil : on a donc à fermer un anus à double orifice avec éperon, ce qui est toujours difficile, et nécessite des applications successives d'entérotomes pour supprimer l'éperon, et l'entérorraphie secondaire pour fermer la fistule persistante.

A quels dangers d'abord, à quels inconvénients ensuite cette fermeture en deux temps expose-t-elle ?

Voyons d'abord les dangers. Dans notre statistique de 118 cas, nous relevons trois observations de mort par péritonite à la suite de tentatives de fermeture :

Une observation de Rotter (Obs. n° 102), où la mort survint après section de l'éperon. « Il reste encore, dit cet auteur, un gros éperon qu'on doit sectionner, et en même temps on ouvre et on infecte la cavité péritonéale » ;

Une observation de Peterman (Obs. n° 61) où la mort survint, toujours par péritonite, au moment de la fermeture par entérorraphie de la fistule stercorale, l'éperon ayant déjà été supprimé par l'application d'un entérotome ;

Une observation d'Anschutz, où la mort survint encore dans des conditions à peu près identiques.

A ces trois cas nous pouvons en ajouter trois autres que signale Anschutz dans son important travail de 1906 :

Un cas de Hochenegg, où la mort survint après la fermeture de la fistule stercorale ;

Deux cas, l'un de Korte, l'autre de Schou, où la mort survint encore par péritonite, à la suite de l'application de l'entérotome.

Les dangers de la fermeture de l'anus en canons de fusil, soit lors de l'application de l'entérotome, soit au moment de l'entérorraphie, ne sont donc pas niables, et n'oublions pas qu'ils constituent un argument important contre les procédés d'extériorisation de Paul et de Mickulicz.

Mis à part ce danger immédiat d'infection de la cavité péritonéale, le malade peut-il compter sur une guérison parfaite, sur la restitutio ad integrum de son tractus intestinal?

Il n'en est malheureusement pas ainsi. En effet, deux cas peuvent se présenter :

1° *L'entérorraphie extra-péritonéale, mixte ou même intra-péritonéale peut échouer en partie*, quelques points de suture lâcher : une fistule stercorale, ou même une simple fistulette se produire à nouveau.

Nous relevons 7 cas de ce genre dans nos observations : (Obs. n° 28 d'Anschutz; Obs. n° 6 de Walter Edmunds; Obs. n° 24 d'Anschutz; Obs. n° 68 de Peterman; Obs. n° 71 de Peterman; Obs. n° 72 du même auteur; Obs. n° 101 de Rotter).

Il est vrai que la plupart du temps, ces fistules ou fistulettes ont tendance à la guérison spontanée. La fermeture se produisit d'elle-même dans 3 des 7 cas précédemment cités.

2° *L'entérorraphie une fois faite, la continuité de l'intestin une fois rétablie, l'anastomose peut se rétrécir* et les malades présenter secondairement des phénomènes d'obstruction intestinale.

Nous avons relevé dans nos tableaux trois cas de ce genre :

Deux cas de Peterman (Obs. n° 59; Obs. n° 67), où une opération plastique complémentaire fut nécessaire;

Un autre cas du même auteur (Obs. n° 70), où le malade revint neuf mois après la fermeture de son anus pour un rétrécissement de sa bouche anastomotique s'accompagnant d'iléus, et dans lequel une laparotomie suivie d'une résection intestinale avec suture termino-terminale fut jugée indispensable.

Deux de ces cas, hâtons-nous d'ailleurs de l'ajouter,

se terminèrent par la guérison; le troisième (Obs. n° 59) succomba à l'opération plastique.

Mais, le rétrécissement de l'anastomose, s'il y a en même temps une fistulette, peut encore entraîner comme résultat, la transformation de cette fistulette en un anus béant : c'est ce qui se produisit dans une observation de Peterman (Obs. n° 72), où cet auteur fut obligé de sectionner un éperon volumineux pour guérir sa malade.

Il est cependant prudent de se méfier de ces rétrécissements simples siégeant au niveau de l'anastomose, et on devra toujours se demander s'il ne s'agit pas d'un rétrécissement cancéreux de la bouche, d'une récidive, ou même de cas encore plus complexes.

C'est ainsi que chez une malade opérée par M. A. Schwartz d'un cancer sigmoïdien (Obs. n° 110), reçue dans le service du Professeur Quénu, 17 mois et 15 jours après sa guérison opératoire, pour une obstruction intestinale, il s'agissait en réalité, malgré le diagnostic probable de rétrécissement cancéreux de la bouche, d'un nouveau cancer, très serré, siégeant à une dizaine de centimètres de l'anus artificiel, sur l'anse intestinale afférente.

Enfin, notons que dans un certain nombre de cas, quel que soit d'ailleurs le procédé d'extériorisation employé, l'anus contre nature n'est pas fermé, et ceci pour différentes raisons : malades s'accommodant de leur anus iliaque, et ne voulant pas accepter de nouvelle opération, malades trop âgés pour subir sans danger une opération toujours délicate.

Tous ces dangers et ces inconvénients proviennent donc de ce fait que l'on a affaire à un anus en double canons de fusil, avec éperon saillant et souvent très volumineux.

Rappelons d'ailleurs en passant que Paul, et surtout Mickulicz recherchent de parti-pris à obtenir de ces éperons sans interposition de mésentère qui facilitent de beaucoup le travail de l'entérotome, et évitent le danger de la péritonite par perforation, en accolant sur une longueur souvent considérable (jusqu'à 12 centimètres) les deux bouts de l'intestin.

Mais, ne sait-on pas qu'à côté de ces anus avec éperon qui s'éternisent, les fistules stercorales, sans éperon, ont une grande tendance à la guérison spontanée. Le fait de créer, après résection du néoplasme et rapprochement des deux bouts de l'intestin suivant une technique spéciale, une fistule semblable, ne pourrait-il pas résoudre en partie le problème, et faciliter du moins le travail d'entérorraphie secondaire, tout en créant cependant une issue suffisante aux matières fécales, la soupape de sûreté nécessaire? C'est une question que nous envisagerons plus loin, lorsque nous exposerons la technique de M. le Professeur Quénu.

Des reproches faits à la méthode d'extériorisation et à ses différents procédés, nous retiendrons cependant :

1° Que la méthode de Bloch doit être condamnée, parce qu'elle n'enlève pas la totalité des lésions, expose aux récidives, et laisse un anus à deux orifices souvent écartés l'un de l'autre et de cure difficile.

2° Que le procédé de Hochenegg doit être également

rejeté, pour la même raison d'insuffisance d'exérèse du méso, tout en reconnaissant cependant l'intérêt de sa tentative de restauration immédiate du tractus intestinal après la résection.

3° Que les procédés de Paul, de Mickulicz, de Hartmann, échappant à ce reproche capital d'être des opérations incomplètes, sont souvent difficiles à mettre à exécution dans le cas de coussinet ganglionnaire trop volumineux, et laissent toujours après elles des anus de cure délicate, ou même dangereuse.

Et nous conclurons en disant à quels desiderata doit, à notre avis, répondre une extériorisation bien comprise :

1° Elle doit se faire en trois temps, car il est nécessaire pour immuniser la plaie contre l'infection, de laisser un intervalle de temps suffisant (8 jours) entre le moment de l'extériorisation proprement dite et celui de la résection.

2° Elle doit enlever largement les lésions, néoplasme et ganglions s'ils existent, jusqu'à l'origine des vaisseaux coliques : lésions qu'il est souvent difficile, à cause de la masse qu'elles forment, d'extérioriser par le procédé de Mickulicz sans extérioriser en même temps, et encore s'il est possible, une trop grande longueur d'intestin.

3° Elle doit, lors de son second temps de résection, préparer déjà, dans une large mesure, la cure de l'anus contre nature si difficile à parfaire.

Il nous reste maintenant à envisager la possibilité de réaliser cette triple nécessité.

CHAPITRE IV

UN NOUVEAU PROCÉDÉ D'EXTÉRIORISATION ÉLARGIE DE M. LE PROFESSEUR QUÉNU.

L'extériorisation extra-pariétale de la tumeur, extra-péritonéale du pédicule vasculo-ganglionnaire

---

Pour que la méthode d'extériorisation soit une opération parfaite, nous venons de voir qu'il lui fallait satisfaire à cette triple obligation, d'enlever largement le cancer avec son pédicule vasculo-ganglionnaire, de ne pas l'enlever dans un seul temps pour parer aux accidents infectieux possibles, de préparer la cure ultérieure de l'anus contre nature.

De cette triple obligation, retenons seulement les deux premières qui seules intéressent, dans son essence, la méthode d'extériorisation.

M. le Professeur Quénu résolut le problème de la manière suivante : ne voulant pas faire la résection primitive en coin du méso, suivie de l'exérèse immédiate de la tumeur; ne voulant pas non plus faire une *extériorisation incomplète* du méso, à la Bloch, il élar-

git à la fois le sens du mot et de l'acte, en considérant que si l'extériorisation de la tumeur devait être forcément extra-pariétale, l'extériorisation de son pédicule vasculo-ganglionnaire pouvait se faire à l'intérieur même de l'abdomen, à condition de demeurer rigoureusement extra-péritonéale.

C'est en cela que consiste l'originalité de son procédé, que réside le principe de sa méthode, que nous voulons tout de suite exposer, avant d'entrer dans des détails de technique.

Après avoir incisé les deux feuillets droit et gauche du méso — du méso sigmoïde par exemple — près de leur attache intestinale, sur toute la longueur de l'intestin à reséquer, il les décolle du pédicule vasculo-ganglionnaire jusqu'à leur insertion pariétale, puis les suture réciproquement aux lèvres droite et gauche, également décollées, du péritoine abdominal antérieur.

Interposant ensuite de longues compresses entre le pédicule vasculo-ganglionnaire et les feuillets du méso, décollés et suturés au péritoine pariétal, il réalise ainsi un véritable puits péritonéal tapissé de compresses, dans lequel se trouve isolé, en dehors de la cavité péritonéale, ce pédicule vasculo-ganglionnaire, dont l'exérèse sera dans un second temps facile, tandis que la tumeur se trouve tout naturellement en dehors des plans abdominaux.

En résumé, il crée :

1° Une extériorisation extra-pariétale du cancer;

2° Une extériorisation intra-abdominale, mais extra-péritonéale du pédicule de la tumeur.

Tout cela dans un premier temps. Il peut donc dans un second temps, exciser avec la plus grande facilité la tumeur et un coin, non plus mésentérique puisque les deux feuillets du méso ont été décollés, mais vasculo-ganglionnaire, allant jusqu'à l'origine des vaisseaux sur la mésentérique inférieure : temps qui se passe avec la plus grande sécurité, puisque l'opération a lieu en réalité, en dehors de la cavité péritonéale.

L'excision est immédiatement suivie de l'anastomose de la demi-circonférence postérieure des deux bouts de l'intestin : de telle sorte qu'il ne reste plus qu'un orifice unique formé par les demi-circonférences antérieures, qui sera abouché à la peau, et dont la cure ultérieure sera ainsi facilitée.

Tel est le schéma de l'opération actuelle du Professeur Quénu. Mais il ne parvint à cette conception qu'après une longue pratique de la méthode d'extériorisation dont, pour lui, cependant le principe essentiel fut toujours de reséquer largement en coin le mésentère.

Dans une première phase, en effet, il se contentait pour isoler le méso, d'interposer entre ce méso d'une part, la paroi et les anses intestinales d'autre part, et de chaque côté, de longues compresses, enfoncées le plus profondément possible à l'intérieur de la cavité abdominale.

Mais, depuis six à sept ans, et nous entrons dans la deuxième phase de sa méthode, il songea à utiliser, pour mieux isoler encore le méso de la cavité péritonéale, le péritoine de la paroi abdominale antérieure, décollé au niveau des lèvres de l'incision. Ce péritoine

décollé, il l'enfonçait vers la racine du méso, auquel il le fixait par quelques points de suture, et interposait encore ses longues compresses, mais cette fois entre deux plans péritonéaux, appartenant, l'un au méso, l'autre au péritoine décollé de la paroi abdominale antérieure.

C'est ainsi que chez une femme de 65 à 68 ans, pâle,

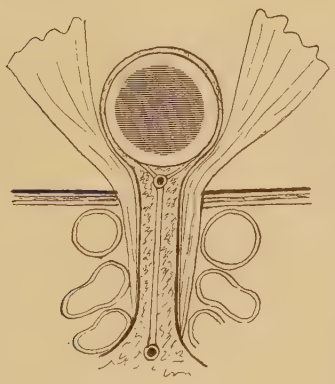


Schéma I.

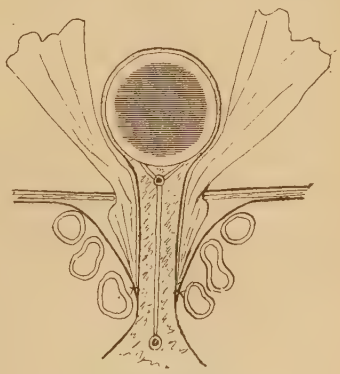


Schéma II.

Schéma I. — *Première période :* les compresses sont simplement introduites entre le méso et l'intestin d'une part, la paroi et les anses intestinales d'autre part.

Schéma II. — *Deuxième période :* les compresses sont introduites entre l'intestin et son méso d'une part, la paroi et le péritoine pariétal et suturé à la base du méso d'autre part.

cachectique, qui présentait un cancer du côlon sigmoïde bas situé, opérée aux Frères Saint-Jean de Dieu, il put utiliser ainsi le péritoine vésical, qu'il décolla et rabattit dans la profondeur, en le suturant à la racine du méso. La malade succomba, il est vrai, au bout de 15 à 18 jours, après la résection de la tumeur, mais d'affaiblissement général sans avoir jamais présenté le moindre symptôme de péritonite, ou même d'infection locale.

Puis, progressivement, il en arriva, pour faire un isolement plus parfait du pédicule vasculo-lymphatique de la tumeur, à utiliser les deux lames mêmes du méso, comme nous l'avons vu plus haut.

Nous avons résumé ces trois phases dans les schémas n° 1, n° 2 et n° 3.

Mais, d'une façon toute générale, il est encore plu-

Schéma III.

Schéma III. — *Troisième période* : les compresses sont introduites entre l'intestin et l'axe vasculo-conjonctif du méso d'une part, le feuillet du méso décollé suturé au péritoine pariétal d'autre part.

sieurs points importants à préciser dans la méthode du Professeur Quénu : c'est tout d'abord le temps qu'il est bon de laisser s'écouler entre l'extériorisation proprement dite et la résection de la tumeur ; c'est ensuite l'étude des conditions, dans lesquelles doit se faire cette résection.

Examinons le premier point. Nous avons vu que Mickulicz, après avoir pendant une première période, préféré l'opération en trois temps, en était venu de parti-pris à faire l'opération en deux temps, en fusion-

nant en un seul les deux temps d'extériorisation et de résection. Nous avons également vu que M. le Professeur Hartmann avait accepté cette manière de voir.

Faisons simplement remarquer, que seul l'emploi des tubes de Paul rend inoffensive cette manière de faire, car, comme le dit cet auteur, il est ainsi possible de pratiquer l'exérèse de la tumeur, sans qu'une goutte du contenu intestinal souille, à aucun moment de l'opération, la cavité abdominale ou la paroi.

Mais ajoutons immédiatement que l'emploi des tubes de Paul rend impossible la suture des demi-circonférences postérieures des deux bouts de l'intestin après la résection, et donne forcément lieu à la formation d'un anus en canons de fusil, dont la cure est si difficile.

On en est donc réduit à ce dilemme : emploi des tubes de Paul, mais anus de cure difficile ; suppression des tubes de Paul, pour rendre possible la suture des demi-circonférences postérieures des deux bouts de l'intestin, mais alors danger évident de péritonite.

C'est ce que constate M. le Professeur Quénu, en disant — à propos de sa statistique de 20 cas de colectomie : « Si j'analyse les cas terminés par la mort, je trouve sur 6 morts, 5 cas où, après extériorisation, l'exérèse a été pratiquée en un seul temps; tandis que je ne trouve aucune mortalité dans les cas où, après avoir pu extérioriser, j'ai fait une exérèse secondaire quelques jours après ».

Il est donc prudent, disons même indispensable, en dehors de l'emploi des tubes de Paul, de laisser quelques

jours s'écouler, entre la première phase d'extériorisation et la seconde phase de résection. M. le professeur Quénu pense qu'une huitaine de jours sont amplement suffisants, pour que des adhérences péritonéales isolant la tumeur de la grande cavité péritonéale aient le temps de se produire, et pour que les malades se remettent de leur première opération, et de leur anesthésie chloroformique.

Examinons maintenant notre second point ; les conditions dans lesquelles doit se faire la résection du néoplasme.

Est-il nécessaire d'enlever, avec la tumeur, une très grande longueur d'anses, afférente ou efférente, comme le faisait Mickulicz?

M. le Professeur Quénu se contente, en pratique, de sectionner l'intestin trois ou quatre bons travers de doigt au-dessus et au-dessous de la tumeur, trouvant que ces limites sont en général parfaitement suffisantes. Ses constatations post-opératoires lui ont en effet démontré que presque jamais la muqueuse ne présentait de noyaux secondaires au-delà de ces limites. Couper plus près du néoplasme serait évidemment hasardeux, car, malgré l'apparence saine de la muqueuse, il peut exister dans la sous-muqueuse de petits noyaux de récidive, qui passent inaperçus.

Il est bien vrai, cependant, qu'il est fort utile dans certains cas d'extérioriser plus d'intestin qu'il n'est strictement nécessaire, pour pouvoir rapprocher, sans tension, les deux bouts, lors de la suture de leurs demi-circonférences postérieures, ou même pour pouvoir les accoler

sur une certaine longueur : mais nous reviendrons sur ce point à propos d'une modification technique, que nous proposerons pour la confection de l'anus contre nature.

Abordons maintenant la partie technique de ce chapitre, et décrivons le procédé du Professeur Quénu pour l'ablation, en dehors de l'obstruction, des cancers du côlon gauche, et plus particulièrement du côlon sigmoïde, dont nous nous sommes servi pour faire dessiner les planches destinées à illustrer notre description.

Procédé du Professeur Quénu.

Le malade préparé, suivant les règles de la chirurgie instestinale (petites purgations successives légères à l'huile de ricin, désinfection soigneuse de la paroi abdominale) est mis en position déclive pour dégager le petit bassin et la fosse iliaque des anses intestinales grêles qu'ils contiennent. L'opérateur se place du côté de la tumeur à opérer, c'est-à-dire du côté gauche, regardant les pieds du malade.

Incision. — En règle générale, l'incision doit se faire sur la tumeur; si l'on a des doutes sur sa localisation, on commencera par pratiquer une incision médiane sous-ombilicale, quitte à faire, l'intestin une fois exploré, le diagnostic de siège porté, une nouvelle incision tout en refermant la première.

Dans notre cas spécial de cancer siégeant sur l'anse sigmoïde, on peut faire d'emblée une incision, partant

à un bon travers de doigt de l'épine pubienne, au niveau du relief formé par le bord externe du droit antérieur, et remontant oblique en haut et en dehors parallèlement aux fibres du grand oblique, pour passer à 3 ou 4 centimètres en dedans de l'épine iliaque A.S., et finalement aboutir à un point plus ou moins haut situé suivant les besoins, à peu près à égale distance de l'épine iliaque antéro-supérieure et de l'extrémité antérieure de la dixième côte dans le cas d'incision longue.

C'est donc en résumé, une incision basse à l'origine, puis externe, suivant à peu près le trajet du côlon pelvien, puis iliaque, dont le décollement sera souvent nécessaire.

Il est important de commencer l'incision très bas, car c'est toujours du côté rectal que le manque d'étoffe intestinale se fait sentir.

1er TEMPS. — *Extériorisation extra-pariétale de la tumeur, extra-péritonéale du pédicule vasculo-ganglionnaire.*

On commence par explorer la tumeur, par la libérer des adhérences qu'elle peut contracter avec l'épiploon, la paroi, les anses intestinales grêles voisines ; puis, on cherche à l'extérioriser.

Dans le cas d'anse longue, cette extériorisation est facile; mais dans le cas d'anse courte, on pourra se heurter à une difficulté telle qu'elle nécessitera le décollement colo-pariétal de Bloch et Pierre Duval. Les règles de ce décollement colo-pariétal sont bien connues : nous n'y insisterons donc pas ici.

L'anse est alors extériorisée. Cette extériorisation doit être large et comprendre au moins quatre à cinq bons travers de doigt d'intestin au-dessus et au-dessous du néoplasme.

Après examen soigneux du méso pour y reconnaître l'existence possible de ganglions hypertrophiés, l'anse intestinale supportant la tumeur est rabattue en dehors, c'est-à-dire vers la gauche, et confiée à un aide.

Le méso étant ainsi largement étalé, on pratique l'incision de son feuillet droit, incision n'intéressant que le péritoine, allant de l'extrémité distale de l'anse efférente à celle de l'anse afférente, à convexité légère tournée vers l'intestin (Voir Planche I).

On repère alors avec des pinces la lèvre inférieure de l'incision, et l'on décolle avec prudence le feuillet droit du méso, en tirant doucement sur les pinces, et en s'aidant des doigts, de la sonde cannelée, de l'extrémité mousse des ciseaux. Ce décollement doit être poussé très loin, le plus loin possible, et dépasser largement la zone indurée, cellulo-ganglionnaire suspecte. Il s'effectue facilement lorsque le méso n'est pas envahi par le processus cancéreux.

Laissant momentanément ce feuillet, on va à la recherche de la lèvre droite du péritoine pariétal, que l'on repère à son tour avec des pinces, que l'on décolle de la face profonde du fascia transversalis, jusqu'à ce qu'il vienne s'affronter, sans tension, au feuillet droit décollé du méso-côlon pelvien.

Si l'étoffe manque du côté du méso, on la remplace par un décollement plus prononcé du péritoine pariétal :

on gagne d'un côté ce que l'on perd de l'autre. (Voir Planche II).

Ceci fait, on réunit par un surjet au catgut fin les deux feuillets décollés, fermant ainsi complètement du côté droit la cavité péritonéale (Voir Planche III).

Le surjet terminé, on introduit alors, à l'aide d'une pince longuette, une ou deux compresses longues et étroites, suffisamment épaisses, entre le pédicule vasculo-ganglionnaire et le mur péritonéal néoformé, dans la zone de décollement, et toujours le plus loin possible (Voir Planche IV).

Faisant alors basculer l'intestin extériorisé et le méso vers la droite, on va recommencer la même manœuvre, mais cette fois du côté gauche : incision du feuillet gauche du méso-côlon pelvien, décollement de ce feuillet qui est suturé à la lèvre gauche du péritoine pariétal, légèrement décollé à son tour (Voir Planche V.)

Mais, de ce côté gauche, lorsqu'on a été obligé de pratiquer le décollement colo-pariétal de Duval, pour mobiliser suffisamment un côlon pelvien court, la technique peut être un peu différente ; car toute cette partie de l'anse extériorisée qui correspond au côlon ilio-descendant décollé, ne présente pas de lame péritonéale gauche suturable. Le surjet devra donc unir, d'abord le feuillet gauche du méso-côlon pelvien au péritoine pariétal, comme du côté opposé, mais ensuite il ne pourra qu'unir au péritoine pariétal le péritoine de la fosse iliaque, incisé sur le bord externe du côlon ilio-descendant. La cavité péritonéale n'en sera pas moins

fermée, mais la zone de décollement sera plus considérable que celle du côté opposé.

Quoi qu'il en soit, le surjet une fois terminé, deux compresses, comme à droite, sont introduites jusqu'au fond de la zone de décollement.

Il ne reste plus alors qu'à fixer par quelques points séparés les deux anses intestinales afférente et efférente aux lèvres gauche et droite du péritoine pariétal, qui sont à leur tour réunies par un court surjet, au-dessus et au-dessous de la tumeur extériorisée, pour fermer complètement la cavité péritonéale.

Il est encore un détail de technique sur lequel nous devons insister. Pour faciliter la ligature des vaisseaux au second temps, au moment de la résection en coin du mésentère, ligature qui n'est pas toujours facile, car la masse vasculo-ganglionnaire est enduite d'une couche plus ou moins épaisse de fibrine, il peut être utile, les sutures péritonéales une fois terminées, le pédicule une fois bien dégagé, de passer préventivement autour des vaisseaux, avant leur pénétration dans la masse cellulo-ganglionnaire, des fils, dont les chefs ne seront pas noués immédiatement, mais qui serviront plus tard. Pour introduire ces fils, il suffit, à l'aide de la pointe des ciseaux, ou de l'extrémité de la sonde cannelée, de faire dans le tissu inflammatoire qui entoure les vaisseaux quelques orifices de pénétration.

Ce premier temps une fois terminé, l'anse intestinale supportant le néoplasme repose entre deux lits de compresses en dehors de la paroi abdominale (voir Planche VII).

2e TEMPS. — *Résection du néoplasme, suture des demi-circonférences postérieures des deux bouts de l'intestin avec abouchement consécutif des demi-circonférences antérieures à la peau.*

Au bout d'une huitaine de jours, on passe au 2e temps, celui de la résection de la tumeur et du pédicule vasculo-ganglionnaire.

On commence par enlever les compresses. L'anse intestinale supportant la tumeur est alors mobilisée à nouveau et étalée; on voit donc nettement son pédicule vasculo-ganglionnaire qui s'enfonce dans la profondeur, dans un véritable puits à parois péritonéales.

Posant alors deux clamps sur le bout inférieur (anse efférente) à trois bons travers de doigt au moins du cancer, on sectionne entre eux l'intestin, dont on enveloppe immédiatement la tranche d'une compresse; on répète exactement la même manœuvre sur le bout supérieur (anse afférente), en ayant soin d'en conserver une longueur suffisante, pour qu'il puisse être ultérieurement amené sans tractions trop violentes au contact du bout inférieur : ce qui est ordinairement réalisable, car en général on ne manque pas d'étoffe du côté ilio-descendant que l'on a décollé suffisamment.

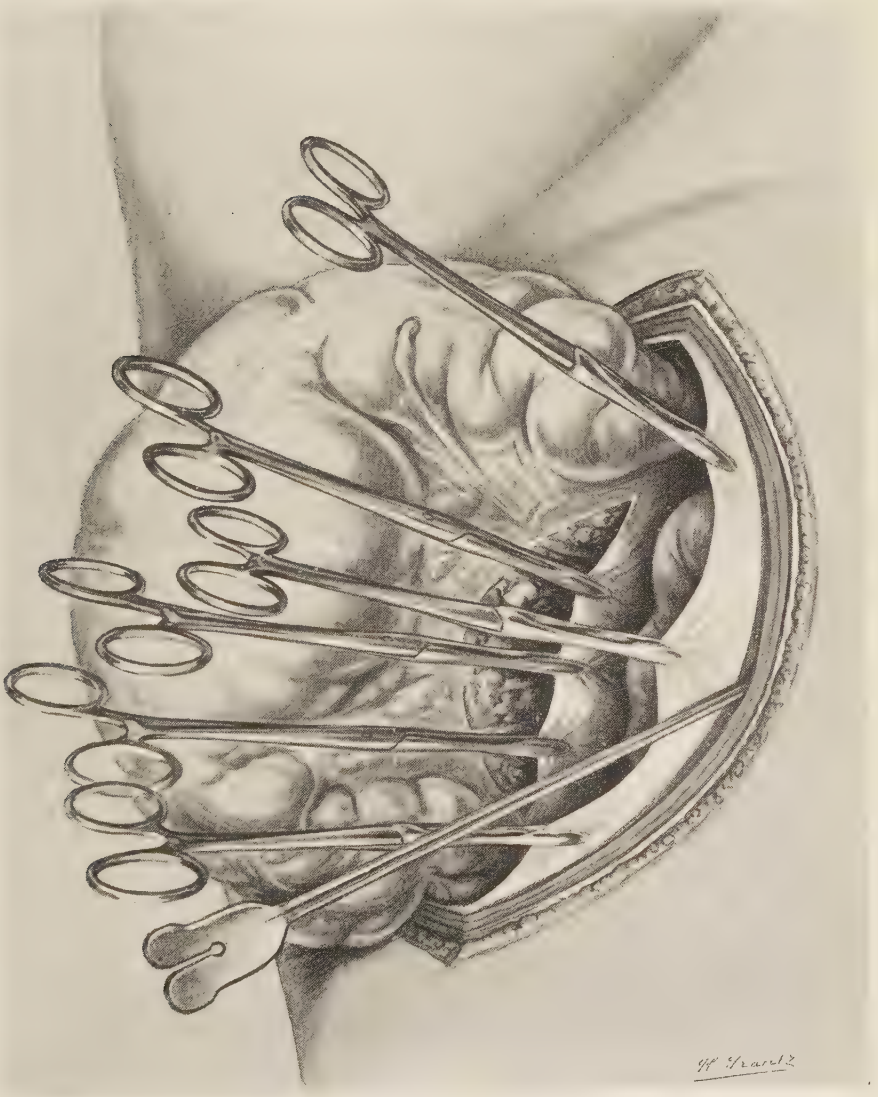
On attaque alors le pédicule vasculo-ganglionnaire, que l'on resèque en coin le plus loin possible, jusqu'à l'attache des vaisseaux, dépassant en tout cas largement la zone indurée suspecte et suivant exactement les renseignements donnés par le pouce et l'index de la main gauche qui palpent ce pédicule (voir Planche VII).

Planche I.

Procédé du Prof. Quénu.— Le méso est largement étalé, on pratique l'incision de son feuillet droit, incision n'intéressant que le péritoine allant de l'extrémité distale de l'anse efférente à celle de l'anse afférente, à convexité légère, tournée vers l'intestin.

G. Steinheil, éditeur.

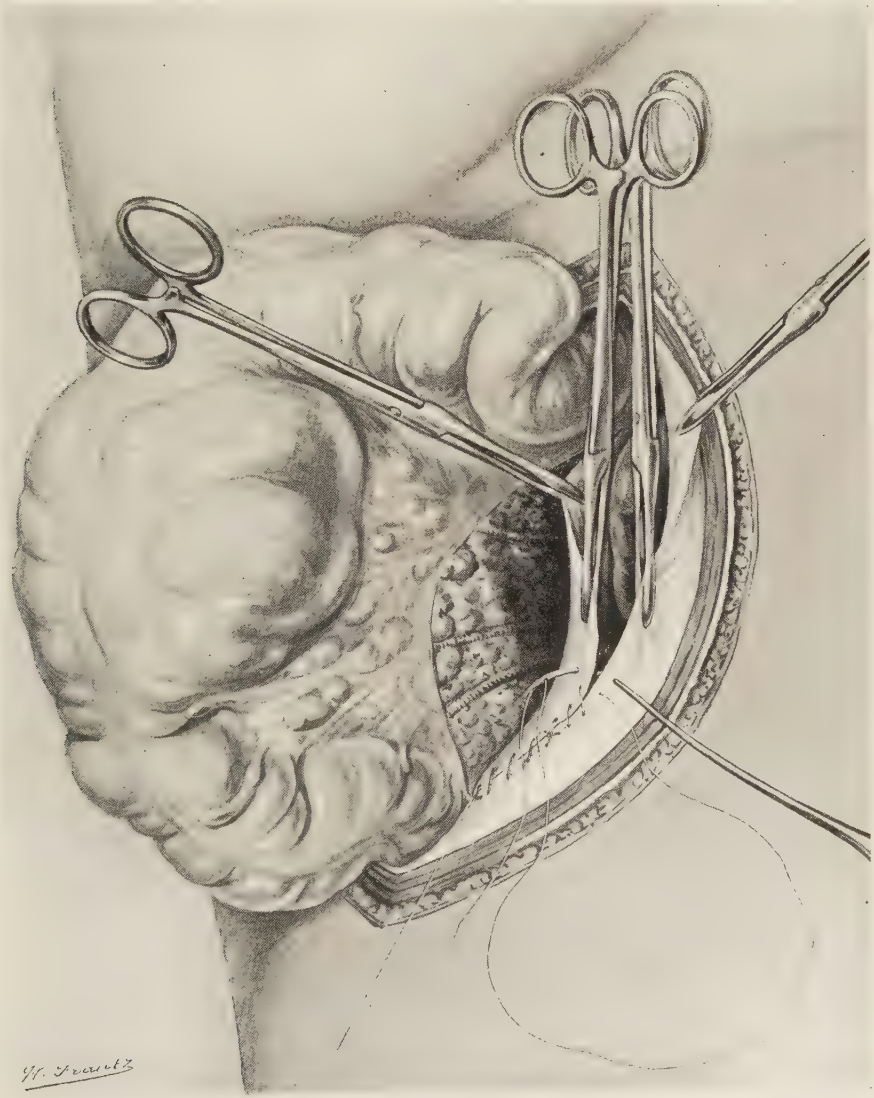
Planche II.



Procédé du Prof. Quénu. — Le feuillet droit du méso-côlon — décollé le plus loin possible — est repéré avec des pinces, ainsi que la lèvre droite du péritoine pariétal. On les rapproche. Entre eux les anses intestinales grêles font légèrement hernie.

G. Steinheil, éditeur.

Planche III.



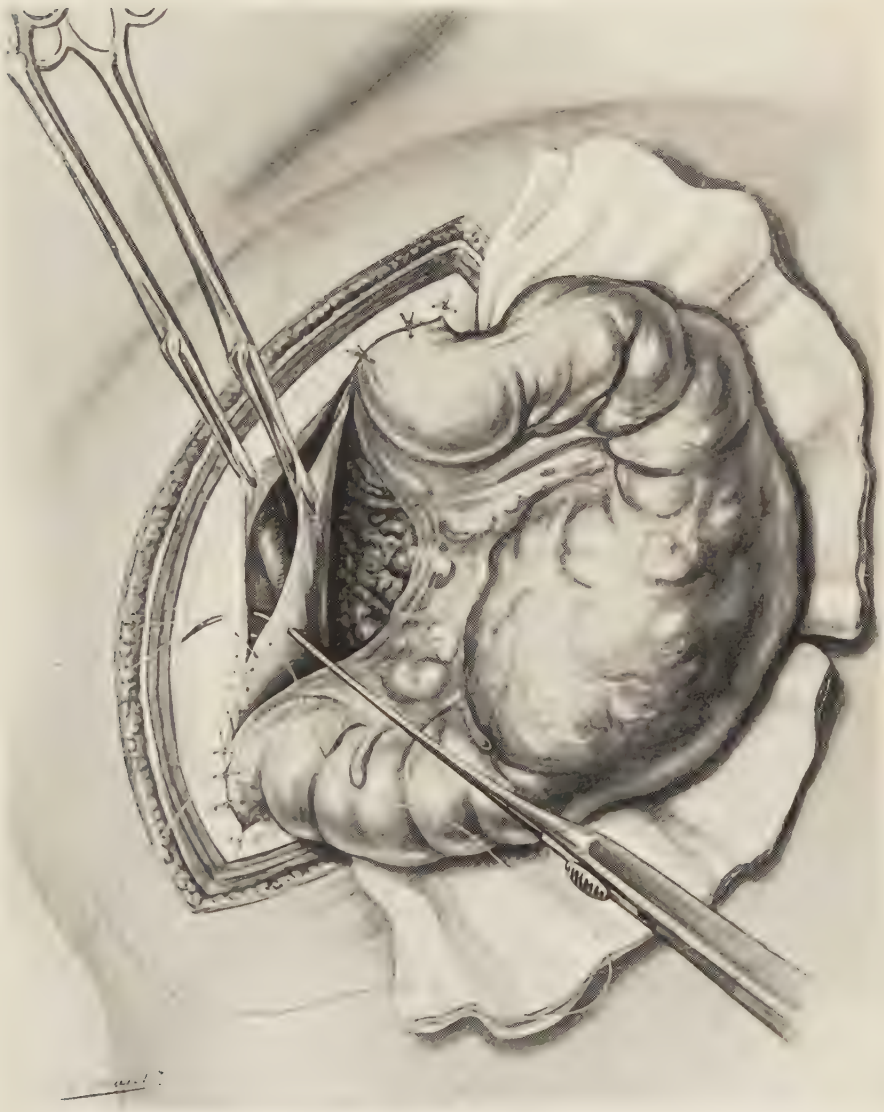
Procédé du Prof. Quénu. — Le feuillet droit du méso-côlon pelvien et le péritoine pariétal sont unis par un surjet au catgut.

G. Steinheil, éditeur.

Procédé du Prof. Quénu. — Le surjet est maintenant terminé. La cavité péritonéale est fermée. Deux compresses sont introduites, à l'aide d'une pince longuette dans la zône de décollement, entre le pédicule vasculo-ganglionnaire et le feuillet droit du méso-côlon suturé au péritoine pariétal.

G. Steinheil, éditeur.

Planche V.



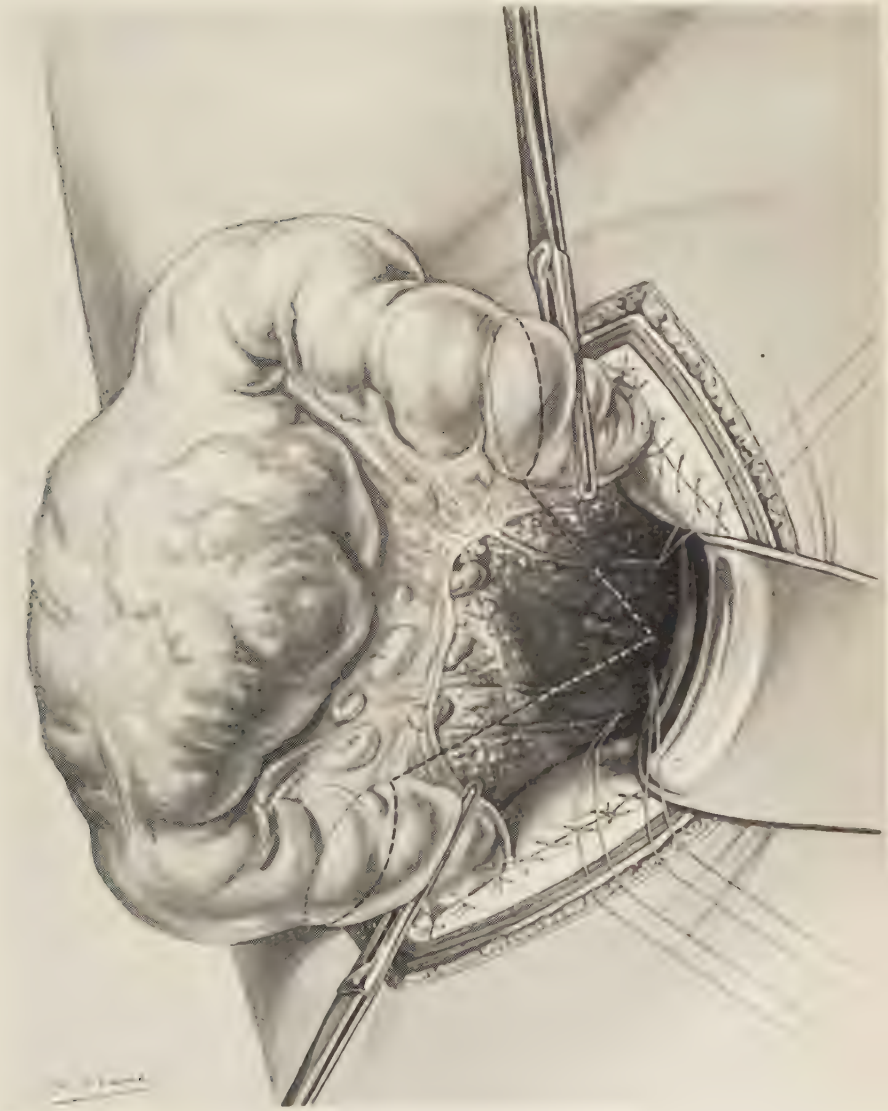
Procédé du Prof. Quénu.— On a rejeté à droite l'anse extériorisée supportant la tumeur. Le feuillet gauche du méso-côlon pelvien est suturé au péritoine pariétal (lèvre gauche), fermant ainsi la fosse iliaque gauche au bord interne de laquelle se dessine le relief de l'artère iliaque externe.

G. Steinheil, éditeur

Planche VI.

Procédé du Prof. Quénu. — Le premier temps d'extériorisation est terminé. L'anse intestinale supportant le néoplasme repose sur la paroi abdominale entre ses deux lits de compresses.

G. Steinheil, éditeur.



Procédé du Prof. Quénu. Début du second temps. — Les compresses ont été enlevées. On voit le pédicule vasculo-lymphatique s'enfoncer dans un véritable puits péritonéal. Deux clamps ont été posés sur les bouts supérieur et inférieur de l'intestin à une certaine distance de la tumeur. Une ligne pointillée indique le tracé de la section en coin du pédicule.

G. Steinheil, éditeur

Au fur et à mesure qu'on le sectionne, pinçant les vaisseaux qui saignent, l'intestin se déroule, et le moignon mésentérique s'enfonce. C'est alors qu'on fait la

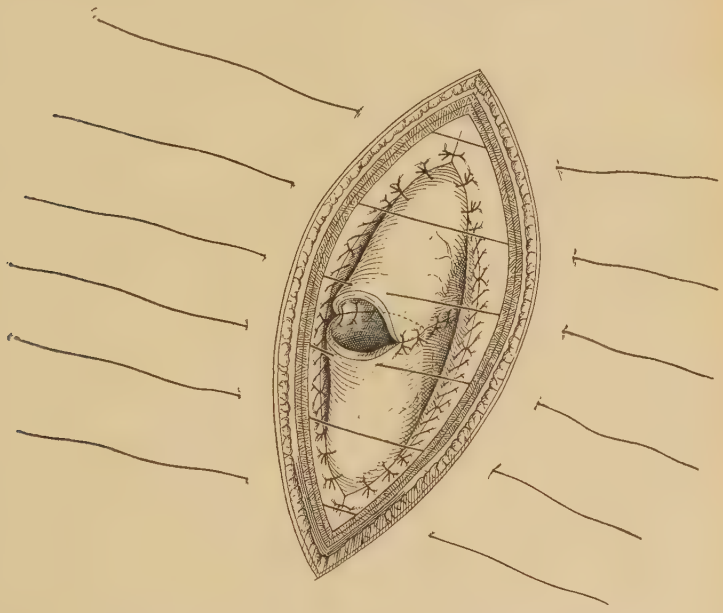


Fig. A. — *Procédé du Prof. Quénu.* (*Suite du 2e temps*). — Les 2 bouts de l'intestin ont été rapprochés. Ils sont anastomosés par leurs demi-circonférences postérieures, tandis que leurs demi-circonférences antérieures forment un orifice unique qui sera ultérieurement suturé à la peau. Les fils pariétaux sont placés. Les deux fils les plus rapprochés de la bouche chargent en passant la paroi antérieure des 2 bouts de l'intestin pour éviter si possible leur rétraction qui favorise la formation de l'éperon.

ligature des vaisseaux : temps qui peut être facilité, comme nous l'avons vu plus haut, par le passage préventif de fils de soie, au moment de l'extériorisation. Les fils de ligature sont conservés longs pour être noués ensemble, et unifier ainsi le moignon vasculaire.

Après avoir enlevé les clamps qui assurent la ferme-

ture des deux bouts de l'intestin, et après avoir accolé ces deux bouts par quelques points de suture mis au niveau de leur bord mésentérique, on passe à la suture de leurs demi-circonférences postérieures (voir fig. A), ou même des trois quarts de leur circonférence, de façon

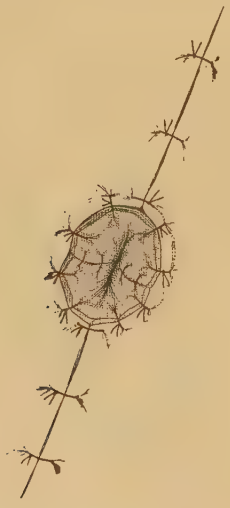


Fig. B. — *Procédé du Prof. Quénu* (*2e temps*). — L'anus contre-nature une fois terminé.

à aboutir à un orifice unique que l'on abouchera à la peau, après avoir refermé la paroi abdominale, au-dessus et au-dessous de lui (voir fig. B).

3e TEMPS. — *Fermeture de l'anus contre nature par entérorraphie.*

Cette fermeture peut se faire au bout de quelques mois seulement ; on aura en effet intérêt à attendre que l'état général s'améliore et que la santé des malades redevienne parfaite.

Elle ne présente rien de spécial : incision ovale périanale, dissection des plans pariétaux musculaires, abrasion du bourrelet muco-cutané, fermeture de l'anus, et réfection de la paroi.

Faisons seulement remarquer, et ceci est important, que l'entérorraphie est toujours dans le procédé du Professeur Quénu rigoureusement extra-péritonéale.

Telle est la technique du procédé d'extériorisation élargie du Professeur Quénu. Elle fut rigoureusement appliquée dans l'observation suivante, où il s'agissait d'un cancer bas situé de l'anse sigmoïde, d'une tumeur volumineuse s'accompagnant de propagations ganglionnaires, d'un cas où l'on ne pouvait véritablement songer à la colectomie suivie de suture circulaire immédiate.

Obs. du Professeur Quénu (inédite, n° 118). — Il s'agit d'une malade Mme A... âgée de 44 ans, blanchisseuse, qui entre à l'hôpital parce qu'elle souffre du côté gauche de l'abdomen, dans une région correspondant à la fosse iliaque. Elle a de plus remarqué que ses matières, légèrement dures et aplaties, contiennent des fausses membranes teintées de sang. Cet état dure depuis 5 mois déjà, et la malade a été soignée pour de l'entérite.

Au mois de juin 1913, de faux besoins accompagnés de coliques apparaissent. La malade se présente plus de vingt fois dans la journée à la garde-robe, mais bien souvent sans résultat, car elle est constipée et reste parfois 5 à 6 jours, sans aller à la selle.

La défécation s'accompagne de douleurs dans la

fosse iliaque gauche, à tendance syncopale, qui s'irradient ensuite vers l'ombilic et les lombes. Elle aboutit à l'expulsion, tantôt de fausses membranes teintées de sang, tantôt de matières enrobées de sang noir.

La malade pour combattre sa constipation de plus en plus opiniâtre, prend des lavements qu'elle ne peut garder et qui exaspèrent la douleur qu'elle ressent dans la fosse iliaque gauche.

La malade suit alors un régime d'entérite, mais elle maigrit de plus en plus, perdant 20 kilogrammes de juin à octobre.

Devant la persistance de ses douleurs, elle se décide à entrer à l'hôpital le 20 octobre.

Etat actuel (20 octobre 1913) :

Symptômes fonctionnels. — Les douleurs présentent les mêmes caractères qu'auparavant, et sont surtout accentuées au niveau de la fosse iliaque gauche. Les faux besoins sont moins fréquents, mais réapparaissent aussitôt que la malade se couche sur le côté gauche. La constipation a diminué, les selles sont en effet quotidiennes, mais peu abondantes; elles sont aplaties, expulsées par petits fragments, enrobées de sang, très fétides et s'attachant au fond du vase.

Examen du ventre. — Le ventre très vergeturé, est un peu étalé au niveau des flancs. Il est souple et indolore à droite; mais à gauche, au niveau de la fosse iliaque, la palpation profonde réveille de la douleur.

Au-dessus de l'ombilic, sur le trajet du méso-côlon transverse, on perçoit des gargouillements.

Partout la sonorité est normale.

Par le *toucher rectal,* combiné à la palpation abdominale, on arrive à sentir, à 16 ou 17 centimètres à peu près de l'orifice anal, une tumeur fixée un peu en avant et à gauche du promontoire, et on détermine la réapparition de la douleur dans la fosse iliaque gauche. Il en est de même par le toucher vaginal.

L'examen rectoscopique, fait par le docteur Friedel, permet de découvrir, à 18 centimètres de la marche de l'anus, une ulcération végétante et saignante.

Les différents appareils ne présentent rien d'anormal; il n'y a dans les urines, ni sucre, ni pigments biliaires, ni sang.

Les antécédents personnels n'offrent aucun intérêt particulier jusqu'en août 1910. Mais à cette époque, à la suite d'un refroidissement, la malade fut brusquement prise de coliques avec diarrhée, qu'un médecin combattit énergiquement, mais qui, après 15 jours de repos, laissèrent la malade légèrement affaiblie.

Sur l'ensemble de ces symptômes, on pose le diagnostic de cancer sigmoïdien bas situé, et le Professeur Quénu décide d'intervenir.

1re intervention. — (Opérateur M. Quénu, 7 novembre 1913). — La malade étant endormie au chloroforme, M. Quénu pratique une incision médiane sous-ombilicale, reconnaît immédiatement l'existence d'un néoplasme sur la partie inférieure de l'anse sigmoïde, à 12 centimètres au moins du cul-de-sac de Douglas, sans adhérences aux parties voisines.

Comme la tumeur semble se prolonger dans le méso pelvien qui contient des ganglions, et que la résection

en un temps est jugée impossible, M. Quénu décide de faire l'extériorisation. Il décolle donc successivement et avec facilité, après les avoir incisés à une certaine distance du bord mésentérique de l'intestin, les feuillets droit, puis gauche du méso, et les suture par surjet aux lèvres légèrement décollées à leur tour du péritoine pariétal.

Les deux anses afférente et efférente sont ensuite fixées par quelques points séparés au péritoine pariétal à une certaine distance du cancer; mais le segment d'anse afférente, extériorisé, est beaucoup plus long que celui de l'anse efférente, ce qui s'explique par le siège bas situé du néoplasme.

Des compresses sont ensuite glissées profondément entre le pédicule vasculo-ganglionnaire et les lames décollées du méso-côlon.

Pansement avec des compresses stérilisées. Suites opératoires simples.

2e *intervention* (Opérateur M. Quénu, 13 novembre 1913). — L'intestin se présente sous forme d'une masse rougeâtre, avec des franges graisseuses, en demi-cercle regardant en bas et à gauche, s'étalant dans la région hypogastrique entre deux plans de compresses. La tumeur, qui se décèle par des bosselures très nettes, siège dans la moitié inférieure de l'intestin extériorisé.

Après avoir enlevé les compresses, on mobilise l'anse, dont on voit le pédicule vasculo-ganglionnaire s'enfoncer dans la profondeur entre les deux parois péritonéales droite et gauche.

Deux clamps sont posés sur l'anse d'intestin sous-jacente à la tumeur, à trois travers de doigt de celle-ci. Puis, entre les deux clamps, on sectionne cette anse dont le bout inférieur est soigneusement enveloppé de compresses. On fait la même manœuvre sur l'anse susjacente à la tumeur, mais la section est faite beaucoup plus loin de celle-ci, à 10 ou 12 centimètres environ.

Revenant au bout inférieur, on commence à sectionner le pédicule vasculo-ganglionnaire au bistouri, pinçant au fur et à mesure les vaisseaux qui saignent, et en ayant bien soin de dépasser largement les lésions. On agit de même, à partir du bout supérieur, pour compléter la section en coin du mésentère. La tumeur et le coin mésentérique contenant les ganglions sont alors enlevés (Voir Planches VIII et IX).

On a alors sous les yeux l'entonnoir péritonéal, dont la paroi droite présente une petite plaque noirâtre, d'origine douteuse, et au fond de l'entonnoir, le moignon mésentérique avec de nombreuses pinces tenant les vaisseaux qui sont alors liés. Chemin faisant, on enlève un tout petit ganglion, qui est envoyé au Laboratoire (examen ultérieur négatif).

Puis, les bords de l'entonnoir péritonéal soigneusement protégés, on amène au contact, après avoir enlevé les clamps, les deux bouts de l'intestin que l'on accole par un ou deux points à la soie fine, et que l'on suture par leurs demi-circonférences postérieures.

On termine l'opération par l'abouchement à la peau des demi-circonférences antérieures, après avoir fixé

l'intestin à la paroi, soigneusement refermé au-dessus et au-dessous de l'anus néoformé.

On trouve prudent, cependant, vu le petit point de sphacèle limité de la paroi péritonéale droite, de mettre une mèche et un petit drain que l'on fait ressortir au-dessus de la bouche intestinale.

Suites opératoires : simples, pas de vomissements, le pouls varie entre 80 et 110 pulsations, la température entre 37°7 et 37°8 pendant les deux jours qui suivent l'opération.

Du 15 au 16 novembre, légère suppuration qui désunit les lèvres de la plaie, apparition d'une eschare sacrée. La malade va cependant mieux, quand le 22 novembre, elle se réveille brusquement dans la nuit, perdant du sang par son anus artificiel et par le rectum, sang d'ailleurs très rouge. On lui fait immédiatement une injection de 3 centimètres cubes d'hémostyl et de 3 centimètres cubes d'huile camphrée. Cette hémorragie qui s'accompagne d'une élévation de température à 39°, nécessite encore une injection de 1.000 grammes de sérum faite le matin, une nouvelle injection de 500 centimètres cubes le lendemain soir, et de 250 centimètres cubes le surlendemain.

A partir de ce moment (23 novembre), l'état général s'améliore lentement, mais la plaie se cicatrise et l'anus artificiel prend un aspect normal. Peu à peu, l'eschare sacrée se cicatrise à son tour.

Actuellement (10 février), l'état général est bon, la malade a engraissé. L'anus est déjà rétréci. Cependant, il existe une légère exubérance de la muqueuse du bout

Planche VIII.

Cancer sigmoïdien. Pièce opératoire du Prof. Quénu (obs. n° 118). — On voit nettement sur cette pièce, outre l'anse intestinale supportant la tumeur, le coin vasculo-ganglionnaire enlevé par la résection large. La ligne ondulée où cesse le poli de la séreuse, marque la limite à partir de laquelle fut décollé le feuillet péritonéal du méso.

G. Steinheil, éditeur.

Planche IX.

Cancer sigmoïdien. Pièce opératoire du Prof. Quénu (obs. n° 118).— L'anse sigmoïde a été ouverte sur son bord convexe, et l'on voit les bourgeons néoplasiques qui forment une tumeur annulaire à bords supérieur et inférieur nettement marqués. A remarquer que la section de l'intestin a porté en bas à une distance suffisante de la tumeur.

G. Steinheil, éditeur.

supérieur, tandis que le bout inférieur rétracté a déterminé la formation d'un éperon, d'ailleurs souple, mais empêchant le passage des matières.

3e intervention : *fermeture de l'anus* (12 février, au bout de 3 mois). — Incision péri-anale, ovalaire, prolongée en pointe à ses deux extrémités. Après dissection des droits, on abrase aux ciseaux le bord cutané muqueux de l'anus. On procède alors à la fermeture de l'intestin à l'aide de deux surjets non perforants, car la tranche intestinale ne saigne pas. On referme de chaque côté deux petits trous faits au péritoine, et on termine l'opération par la suture des droits et de la peau, en laissant un petit drain au contact de l'intestin.

Cette observation montre avec quelle facilité on peut appliquer au niveau du côlon iléo-pelvien la technique que nous avons plus haut décrite.

Les observations nos 114, 115, 116 et 117 sont encore des exemples de l'inocuité de cette méthode.

Dans l'observation no 114, il s'agissait d'un homme de 45 ans, auprès duquel le Professeur Quénu fut appelé pour une occlusion datant de 12 jours. Il fit d'abord un anus cæcal, et 15 jours après une extériorisation large, suivie au bout de 4 jours de l'excision de la tumeur avec suture incomplète des deux bouts de l'intestin. La fistule cæcale fut fermée en juillet. Malheureusement, une récidive survint dans le petit bassin 16 mois après.

L'observation no 115 est peut-être plus caractéristique, car elle montre mieux encore la bénignité de la méthode. Chez une femme de 76 ans, atteinte de bronchite, et emphysémateuse, le Professeur Quénu put, après avoir

extériorisé, suivant son procédé, un cancer volumineux avec adénopathie occupant la terminaison de l'anse sigmoïde, l'exciser et suturer la demi-circonférence postérieure des deux bouts de l'intestin, sans que sa malade, après l'opération, présentât le moindre symptôme de réaction péritonéale. Cette malade guérit d'ailleurs très simplement sans qu'il ait eu besoin de faire un anus de dérivation sur le cæcum, qu'il avait par mesure de précaution fixé à la face profonde de la paroi abdominale.

Mêmes résultats favorables dans les observations nos 116 et 117.

Dans cette dernière observation, concernant un homme de 66 ans, le Professeur Quénu obtint encore par extériorisation élargie, faite après anus cæcal pour occlusion, une guérison avec survie de 6 ans et demie.

Tels sont les résultats de la pratique du professeur Quénu pour les cancers de l'anse sigmoïde.

Mais son procédé est-il applicable au cancer des autres portions du côlon gauche : côlon descendant, angle splénique et côlon transverse?

Pour *le côlon descendant* qui, d'ailleurs, peut être mobile et pourvu d'un méso suffisamment long (Obs. n° 108 de A. Schwartz), l'opération est toujours possible après décollement colo-pariétal. Ce décollement une fois effectué, l'anse une fois extériorisée, on suture le péritoine abdominal postérieur, devenu par décollement le feuillet droit du méso-côlon descendant à la lèvre droite du péritoine pariétal, puis l'on rabat la lèvre gauche du péritoine abdominal antérieur largement

décollée, dans la profondeur, pour la suturer à son tour au péritoine abdominal postérieur au niveau de la ligne d'incision faite sur le bord externe du côlon descendant. Encore cette suture n'est-elle pas indispensable; de simples compresses suffisent pour isoler l'intestin et son méso de ce côté (Obs. n° 113 du Professeur Quénu).

Pour l'angle splénique, la technique du Professeur Quénu est encore réalisable, mais l'opération est naturellement plus difficile, à cause de la profondeur à laquelle on opère. Il faut aborder l'angle par une incision abdominale oblique en bas et à gauche, immédiatement sous-jacente au rebord costal. Puis, après avoir sectionné la lame fixative du coude de Buy, incisé encore le ligament suspenseur de l'angle et le péritoine le long du bord externe du côlon descendant, on mobilise la tumeur qu'on extériorise. Pour réaliser l'extériorisation intra-abdominale du pédicule, il suffit à droite de décoller son péritoine et de suturer à la lèvre droite de l'incision péritonéale antérieure, mais à gauche, on est forcé, comme l'a fait le Professeur Quénu dans une de ses observations (Obs. n° 111), de décoller la lèvre gauche du péritoine pariétal, de la rabattre dans la profondeur, de façon à la suturer aux bords de l'incision péritonéale postérieure.

Pour appliquer la technique du Professeur Quénu au *côlon transverse*, l'incision non plus verticale, mais transversale, nous paraît préférable. Cette incision une fois faite, à égale distance de l'appendice xyphoïde et de l'ombilic, on extériorise avec grande facilité la tumeur, après avoir sectionné, après ligature des vaisseaux, le

ligament gastro-colique. On dédouble ensuite le méso-côlon transverse dont on suture respectivement les feuillets aux lèvres supérieure et inférieure du péritoine abdominal antérieur.

Le procédé du Professeur Quénu est donc applicable aux différentes portions du côlon gauche, et tel que nous l'avons décrit, il donne d'excellents résultats.

Cependant, M. le Professeur Quénu et nous-même, nous nous sommes demandés s'il ne serait pas possible de le perfectionner encore? Ne serait-il pas facile en effet, de supprimer le dernier temps toujours délicat de fermeture de l'anus, en poussant plus loin la suture des demi-circonférences postérieures, ou même en faisant une suture circulaire complète des deux bouts de l'intestin? Et dans cette dernière hypothèse, ne pourrait-on pas refermer la paroi par dessus l'intestin — qui, ne l'oublions pas, est en dehors de la cavité péritonéale — tout en laissant un petit drain à son contact pour éviter les inconvénients d'un échec de la suture, ou même en mettant à droite le cæcum à la paroi, pour le fistuliser et créer ainsi une soupape de sûreté, s'il était nécessaire?

C'est une première solution, pour réaliser la suppression du troisième temps.

Une deuxième solution nous semble raisonnable. On connaît la grande tendance à la guérison spontanée des fistules stercorales, quand les matières peuvent suivre leur cours normal à travers un intestin qui n'est pas rétréci par un éperon; ne serait-il pas rationnel de chercher à réaliser chirurgicalement une pareille fistule?

Nous le croyons. Il suffit, après résection de la tumeur, de faire une *entérorraphie longitudinale avec fente suivie de la fermeture incomplète des deux bouts de l'intestin.* Il en résulte un orifice unique que l'on abouche à la peau comme soupape de sûreté, tandis qu'à travers la fente les matières intestinales peuvent, avec la plus grande facilité, suivre leur cours normal.

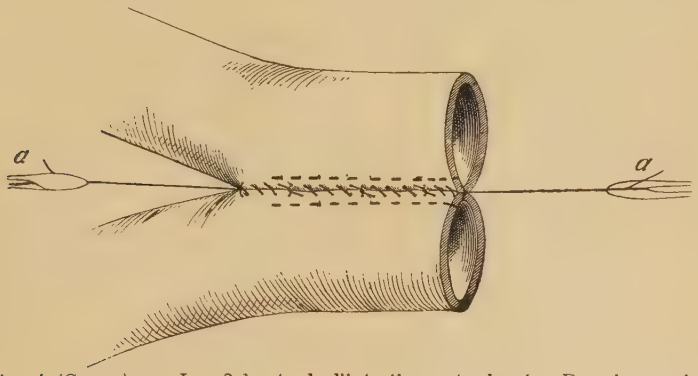


Fig. 1 (Cruet). — Les 2 bouts de l'intestin sont adossés. Premier surjet séro-séreux postérieur (fil *a*, *a*). (Les lignes en pointillé indiquent le tracé des fentes).

Nous avons fait représenter les différents temps de ce procédé, que nous avons répété plusieurs fois sur le cadavre.

L'idée de ce procédé, dans son application possible à la cure spontanée de l'anus contre nature, nous fut d'ailleurs inspiré par un procédé analogue du Professeur Hartmann, qui fit, dans deux cas et une fois avec succès, une anastomose latéro-latérale, au-dessous d'un anus contre nature en canons de fusil, pour en déterminer la guérison spontanée.

M. Chaput décrivit d'ailleurs, il y a quelques années,

l'entérorraphie longitudinale avec fente, mais avec fermeture complète des deux bouts, pour éviter le rétrécissement dans les sutures bout à bout de l'intestin.

Quoi qu'il en soit, voici ce procédé tel que nous le comprenons :

1° On adosse en canons de fusil, sur une longueur de

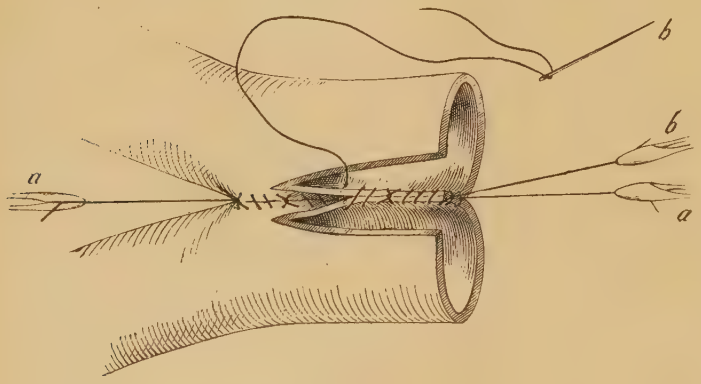


Fig. 2 (Cruet). — Les lèvres des fentes sont écartées. On réunit les lèvres postérieures par un surjet perforant (fil *b*, *b*) qui revient ensuite en avant.

5 à 6 centimètres, les deux bouts de l'intestin, et on fait un premier surjet séro-séreux non perforant avec un fil de soie fine, dont on garde longs les deux chefs (fig. 1, fil *a-a*).

2° On fait ensuite sur chaque bout, à quelques millimètres du surjet séro-séreux, une fente longitudinale de 4 cm. 1/2 à 5 cm. 1/2 de long (fig. 1 et 2).

3° On réunit une à une les lèvres des fentes ainsi pratiquées par un surjet perforant qui chemine d'abord au contact du surjet séro-séreux postérieur, et revient ensuite en avant (fig. 2 et 3, fil *b-b*), fermant latéralement

les cavités des deux bouts intestinaux maintenant réunis.

4° On protège le surjet perforant antérieur par un nou-

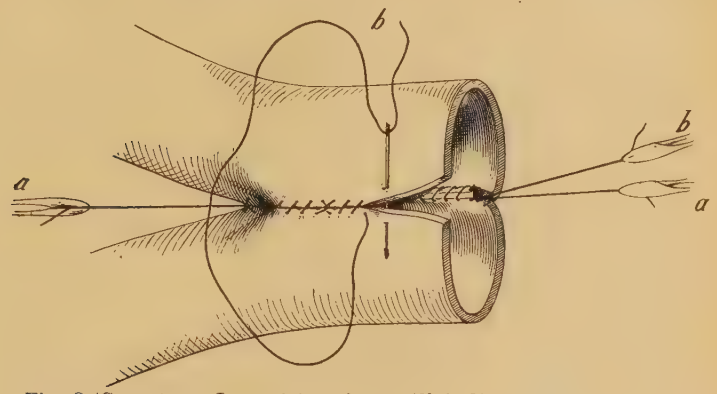


Fig. 3 (Cruet). — Le surjet perforant (fil *b*, *b*) en avant, unissant les 2 lèvres antérieures des fentes longitudinales.

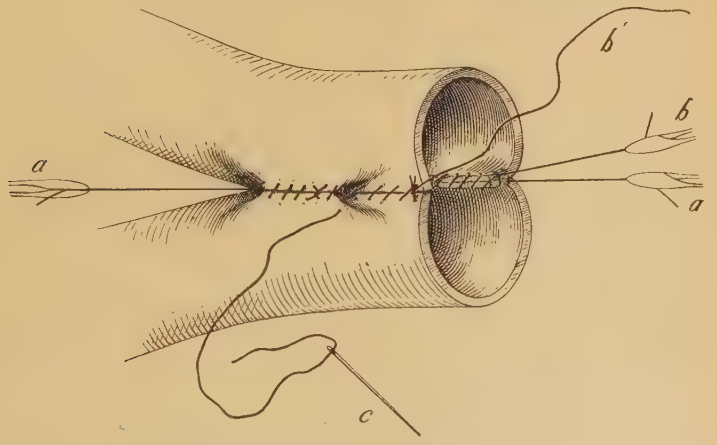


Fig. 4 (Cruet). — Le surjet perforant antérieur est terminé. Le surjet séro-séreux antérieur est commencé (fil *c* solidarisé avec *a*).

veau surjet séro-séreux antérieur (fig. 4, fil *c* solidarisé avec le fil *a*).

5° Il ne reste plus qu'à rétrécir l'orifice béant ainsi formé. Ce que l'on fait alternativement d'un côté et de

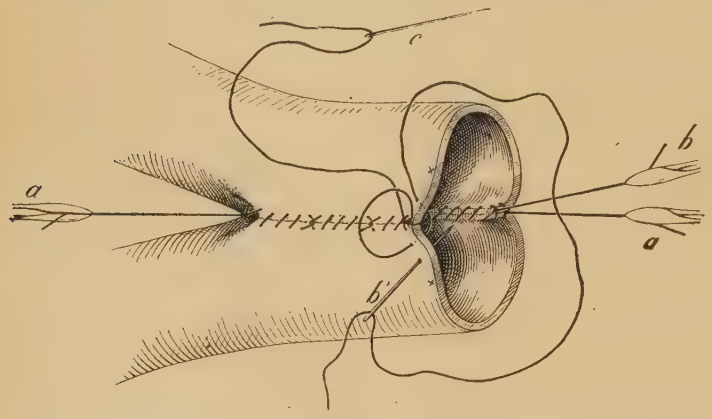


Fig. 5 (Cruet). — La bouche formé par l'anastomose longitudinale des 2 bouts de l'intestin est béante. Un nouveau fil *b'* solidarisé avec *b* commence le surjet perforant de rétrécissement de la bouche.

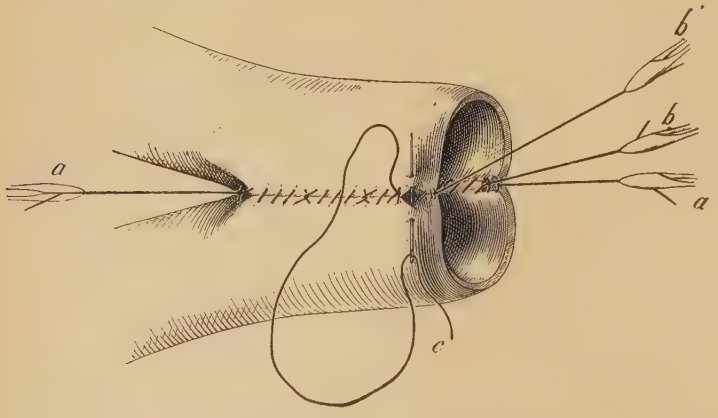


Fig. 6 (Cruet). — Le surjet perforant (fil *b'*) destiné à rétrécir la bouche est fini. On le recouvre par un surjet séro-séreux (fil *c*).

l'autre, en exécutant toujours un double surjet, l'un perforant, l'autre séro-séreux.

Pour le rétrécissement du côté droit de la bouche

suivre sur le côté gauche des fig. 5 et 6 le trajet du fil *b'* du surjet perforant, et le trajet du fil *c* du surjet séro-séreux.

Pour le rétrécissement du côté gauche de la bouche, suivre sur le côté droit de la fig. 7 le trajet des fils *a* et *b*.

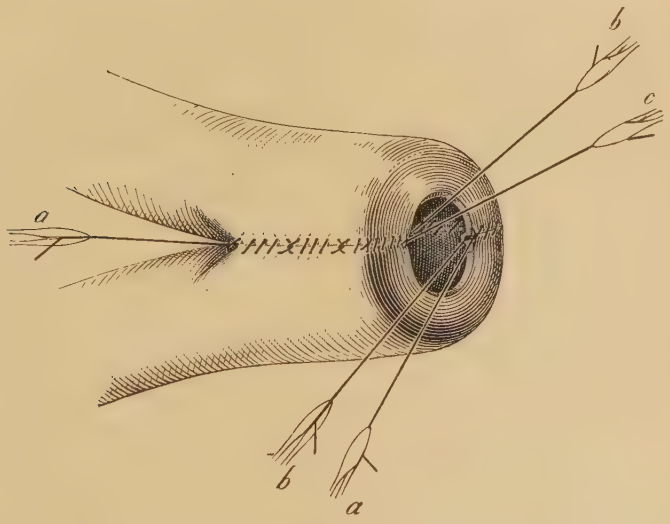


Fig. 7 (Cruet). — Bouche terminale, lorsque la même manœuvre de rétrécissement a été faite du côté opposé (fil *b* : surjet perforant) ; (fil *a* : surjet séro-séreux.

6° Il persiste en fin de compte un orifice unique (fig. 7) qu'on abouche à la peau.

Ce procédé nous semble réalisable, mais à condition d'avoir assez d'étoffe après la résection du cancer, du côté des bouts afférent et efférent de l'intestin.

CHAPITRE V

INDICATIONS DE LA MÉTHODE D'EXTÉRIORISATION

Il nous faut préciser maintenant les indications de la méthode d'extériorisation, mais comme elles dépendent, avant tout, des conditions dans lesquelles se présente le cancer colique que l'on doit opérer, il nous semble indispensable, tout d'abord, d'examiner ces conditions en elles-mêmes, avant d'en tirer des conclusions opératoires.

« Non seulement, dit le Professeur Quénu (1), il y a lieu d'envisager tout à fait à part les cancers en occlusion, et les cancers en dehors de toute occlusion ; mais il convient, tant au point de vue du pronostic, que du procédé opératoire, de tenir compte de la localisation du cancer, de sa variété anatomo-clinique, de l'état de l'intestin au-dessus de l'obstacle créé par lui et de son degré d'évolution. Toutes ces conditions différentes me paraissent devoir influencer fortement le choix de la

(1) *Bulletins de la Soc. de Chir*, 8 juillet 1913.

méthode opératoire, et c'est à mon avis trop simplifier la question, que de la résoudre en un choix dogmatique d'opération en un ou deux temps ».

C'est dire, en un mot, qu'on devra se laisser guider par les conditions cliniques, ou mieux anatomo-cliniques. Quelles sont ces conditions ?

Et tout d'abord, le malade peut arriver en état d'occlusion complète ou incomplète, ou en dehors de toute occlusion : c'est donc une première grande division qui s'impose.

Dans le premier cas, c'est l'occlusion qui prend le pas sur le cancer, tout au moins momentanément, et nous verrons tout à l'heure quelles conclusions, il en faut tirer.

En dehors de l'occlusion, au contraire, c'est l'étude du siège du cancer, de sa variété anatomo-clinique, de l'état de l'intestin au-dessus de l'obstacle créé par lui, de son degré d'évolution, de son retentissement sur l'état général, qui devient intéressante.

Abordons cette étude, et exposons tout d'abord les faits, en dehors de toutes déductions opératoires.

Siège du cancer. — Le cancer peut siéger sur le côlon droit, ou sur le côlon gauche ; et par côlon droit l'on entend : le cæcum, le côlon ascendant et l'angle hépatique, tandis que par côlon gauche l'on entend les parties restantes du gros intestin, abstraction faite de l'angle recto-sigmoïde et du rectum. Cette division en cancers coliques droits et gauches est classique en France.

Variétés anatomiques du cancer. — Dans le cancer

du côlon, dit le Professeur Quénu, il n'y a pas que la sténose et l'occlusion qui en résultent; il y a l'ulcération cancéreuse avec ses propriétés si particulièrement septiques.

Le cancer colique affecte, en effet, deux formes, l'une de cancer en ficelle, à évolution rapide, déterminant bien vite des phénomènes d'occlusion; l'autre, de cancer végétant, à évolution lente, et peu sténosant.

La première forme est peu septique, tandis que la seconde l'est essentiellement.

Les néoplasmes bourgeonnants une fois ouverts se présentent sous l'aspect de végétations, d'ulcérations, à suppuration ichoreuse infecte. Ces végétations, ces ulcérations, ces clapiers donnent une diarrhée un peu spéciale, et par leur surface de résorption considérable, créent localement des inflammations péri-intestinales, une virulence spéciale de tout le gros intestin, une intoxication générale lente, mélange de stercorémie et de toxémie microbienne (Quénu).

Entre ces deux formes se placent naturellement tous les intermédiaires.

Retenons que la forme anatomique du cancer a une grande importance de par la septicité variable dont elle s'accompagne.

Etat du bout supérieur de l'intestin. — Le bout supérieur, dit Duval (1), dans les cancers du côlon gauche surtout, qui sont presque toujours des cancers sténosants, est souvent dilaté. Cette dilatation, plus ou moins

(1) Duval. Rapport au *XXVI^e Congrès Français de Chirurg.*, 1913; et *Bulletins de la Soc. de Chir.*, 8 juillet 1913, p. 1057.

considérable du bout supérieur, arrive à constituer de véritables sacs coliques dont la manipulation est difficile.

Ces sacs coliques, outre un contenu éminemment septique, composé de liquides toxi-infectieux, et même de matières fécales durcies, véritables pierres intestinales, présentent souvent des parois épaisses, ulcérées qui sont le siège d'une sorte d'œdème chronique, d'une véritable sclérose cartonneuse expliquant, et c'est là un fait primordial, leur prédisposition au sphacèle.

Degré d'évolution du néoplasme. — Des métastases ganglionnaires peuvent, augmentant le volume du néoplasme, dédoubler les deux lames du méso, qui à son tour, sous l'influence du processus cancéreux, ou inflammatoire, se rétracte et devient inextensible.

La tumeur peut contracter des adhérences avec le grand épiploon, la paroi, l'intestin grêle ou les autres segments du gros intestin, avec le fascia iliaca en arrière, ou même avec les organes rétro-péritonéaux, créant ainsi des conditions opératoires très différentes.

État général. — Les malades peuvent présenter encore un bon état général, ou bien être déjà intoxiqués (cœur graisseux, reins compromis) par suite d'un double processus de cachexie, et de stase intestinale chronique.

De tout cela, que pouvons-nous conclure; et seulement au point de vue des faits considérés en eux-mêmes?

Que dans l'immense majorité des cas, les cancers coliques se présentent dans des conditions anatomiques

et cliniques mauvaises, et que le petit cancer en ficelle, à symptômes précoces, sans dilatation colique en amont, sans ganglions, sans altérations marquées des parois intestinales, chez un individu maigre, sans intoxication cancéreuse et sans stercorémie, est l'exception.

Ces différents facteurs anatomo-cliniques nous étant maintenant connus, envisageons-les au point de vue des indications opératoires qu'ils peuvent fournir en faveur des différentes méthodes de colectomie, et plus particulièrement de la méthode d'extériorisation.

1° **Cancers en occlusion.**

Deux cas peuvent se présenter : le diagnostic de la cause de l'occlusion a été fait, l'existence d'un cancer ne peut être mis en doute ; ou bien au contraire, on se trouve en face d'une occlusion dont on ignore la cause, que l'on reconnaît être, le ventre une fois ouvert, d'origine cancéreuse.

Que faut-il faire dans ces deux cas?

Dans le premier cas, tous les chirurgiens sont d'accord, depuis le rapport du Professeur Quénu à la Société de Chirurgie en 1904, sur la communication du Professeur Hartmann, de faire l'anus contre nature au-dessus de l'obstacle, puis l'exérèse secondaire.

« Autrefois, dit M. Pierre Duval, on se livrait à des entreprises opératoires considérables en pleine occlusion, et la méthode en deux ou trois temps, l'extériorisation, n'a été inventée que pour parer aux désastres de

la colectomie en un temps ; les premières opérations de Bloch-Mickulicz ont été faites en pleine occlusion, puisque l'extériorisation faite, ils établissaient un anus immédiat sur le bout afférent de l'anse extériorisée. »

Mais l'extériorisation, en pleine occlusion, donne également de mauvais résultats malgré quelques cas heureux (voir nos tableaux I et III de cancers droits et gauches en occlusion avec 50 p. 100 de mortalité.) La virulence et la septicité de l'intestin cancéreux sont telles, que malgré l'extériorisation, la péritonite est encore la cause de mort habituelle.

Cette méthode doit donc être complètement rejetée, en période d'occlusion chronique, à plus forte raison d'occlusion aiguë.

Mais, si sans avoir fait auparavant le diagnostic de cancer du gros intestin, on intervient, pour une obstruction intestinale, faut-il se laisser aller, le ventre une fois ouvert, si l'anse supportant le néoplasme est mobile, à pratiquer l'extériorisation comme semble le dire M. Demoulin?

Nous ne saurions mieux faire que de lui opposer l'opinion de M. le Professeur Quénu qui, après avoir déclaré dans son premier rapport de 1904 (1) à la Société de Chirurgie, qu'il recourerait volontiers, en cas d'anse extrêmement mobile, à l'opération de Reclus modifiée par Hochenegg et Hartmann, tout en conseillant dans la plupart des cas, de fermer le ventre et de faire un anus contre nature, accentue, dans sa dernière commu-

(1) Quénu. *Bulletins de la Soc. de Chir.*, 16 nov. 1904, p. 920.

nication de 1913 ses conclusions, en disant que toujours et dans tous les cas, il vaut mieux remettre la partie et se borner à faire une fistule cæcale. C'est la conclusion que nous donnerons à ce chapitre.

2° Cancers en dehors de l'occlusion.

1° **Siège**. — Le siège joue un rôle considérable au point de vue des indications opératoires. En 1901, à la Société de Chirurgie, M. le Professeur Quénu, disait déjà : « Que la thérapeutique du cancer du gros intestin avait tout à gagner à être scindée, plutôt qu'à être étudiée en bloc », formule que M. Pierre Duval (1) mettait en exorde de sa thèse.

Depuis, son idée fit du chemin, tant en France qu'à l'étranger.

Mayo (2), en effet, distingue trois groupes de cancers coliques : ceux du cæcum et du côlon ascendant; ceux du côlon transverse et des angles hépatique et splénique; ceux enfin du côlon descendant et sigmoïde. Mais il ne tire pas de cette division des conclusions thérapeutiques nettes.

Korte (3), distingue à son tour quatre groupes de cancers coliques, mais en prenant comme base de sa classification la distribution artérielle : un premier groupe comprenant les cancers du cæcum, du côlon ascendant et de l'angle hépatique, et recevant leur sang de la

(1) Duval. Thèse Paris, 1901.
(2) Mayo, in Körte. *Arch. f. klin. Chirurg.* 1913, t. CII., p. 563.
(3) Körte, *loc. cit.*

mésentérique supérieure; un deuxième groupe de cancers du transverse irrigués à la fois par la mésentérique supérieure (artère colique médiane), et la mésentérique inférieure (artère colique gauche supérieure); un troisième groupe de cancers de l'angle splénique et du côlon descendant vascularisés par l'artère colique gauche de la mésentérique inférieure; un quatrième groupe enfin, de cancers sigmoïdiens, relevant du territoire de la mésentérique inférieure par les artères sigmoïdiennes.

Et de cette division, il tire des conclusions thérapeutiques nettes, basées d'ailleurs sur ses statistiques opératoires, puisqu'il recommande la colectomie en un temps pour les cancers du cæcum, du côlon ascendant, de l'angle hépatique et de l'anse sigmoïde, tandis qu'il est partisan de la méthode d'extériorisation pour ceux du transverse, de l'angle splénique, et du côlon descendant, qui lui ont donné, par colectomie en un temps, des résultats désastreux.

En France, la division de Cavaillon (1), en cancers droits (cæcum et côlon ascendant), et cancers gauches (transverse, angle splénique, côlon descendant, anse sigmoïde), est classique et ordinairement acceptée, ainsi que ses conclusions thérapeutiques pour les cancers droits : la colectomie en un temps.

Aux cancers droits, on peut ajouter ceux de l'angle hépatique, sur lesquels cet auteur ne se prononce pas avec autant de netteté, admettant tantôt la colectomie en un temps, tantôt l'opération de Baum-Schloffer, sui-

(1) Cavaillon et Perrin. *Revue de Chirurgie*, n° 6 (10 juin) et n° 7 (10 juillet) 1908.

vant les conditions locales (petit cancer favorable, ou gros cancer végétant avec dilatation colique).

Rappelons les arguments donnés par Cavaillon en faveur de la colectomie en un temps, suivie d'anastomose iléo-colique pour les cancers droits :

1° Accolement plus facile du péritoine du grêle;

2° Passage, au niveau des sutures, de matières encore liquides;

3° Souplesse et résistance normale de l'iléon qui font qu'à son niveau l'entérorraphie porte sur des tissus solides.

A ces trois arguments, nous pourrions ajouter la possibilité de sectionner le côlon transverse à une grande distance de la tumeur, et également en tissu sain.

Le succès de la colectomie en un temps, pour les cancers droits, consiste en effet dans ce fait que l'on se trouve anastomoser deux bouts d'intestin normaux, et au niveau desquels les sutures n'ont aucune tendance à céder.

Acceptant donc les conclusions de Cavaillon, restreignons au côlon transverse, à l'angle splénique, au côlon ilio-descendant, et au côlon sigmoïde jusqu'à une distance d'au moins 10 centimètres du Douglas, la discussion des différentes méthodes d'entérectomie.

« Pendant longtemps, le siège du néoplasme, dit M. Demoulin (1) dans son rapport, fut une contre-indication à la méthode d'extériorisation, et la distinction,

(1) Demoulin. *Bulletin de la Soc. de Chirurgie*, 24 juin-1er juillet 1913.

entre cancers mobiles et cancers fixés, était de toute importance ». Cette importance a diminué — bien qu'elle soit encore très réelle — par la manœuvre du décollement colo-pariétal, préconisée par Bloch en 1892, et reprise par Duval dans sa thèse, et qui permet de mobiliser, à notre point de vue des cancers gauches, aussi bien le côlon ilio descendant que l'angle splénique, mais ce dernier, seulement après section du ligament suspenseur de l'angle, ou phréno-colique, dû à la coalescence du cul-de-sac épiploïque gauche avec l'angle splénique et le péritoine pariétal.

Cette section, en effet, complétée par l'incision du péritoine, en dehors du côlon descendant, laisse venir dans la plaie pariétale et avec la plus grande facilité l'angle splénique.

Duval, d'ailleurs, dans son rapport, semble admettre, pour les cancers haut situés de l'angle splénique, la Vorlagerungs Method comme étant incontestablement la meilleure, et comme pis-aller la résection en un temps avec fermeture des deux bouts par voie postérieure, suivie d'anastomose transverso-colique, par voie sous-costale.

Le siège du cancer n'est donc pas, grâce à la mobilisation des côlons, un argument contre l'extériorisation en général. Est-il un argument contre le procédé d'extériorisation élargie de M. le Professeur Quénu? Non point, car comme nous l'avons vu à notre chapitre de technique, le décollement du péritoine abdominal antérieur remplace, dans une certaine mesure, dans les cas de cancers de l'angle splénique et du côlon ilio

descendant le feuillet qui manque sur le versant du méso qui correspond à la zone d'accolement.

Ajoutons encore que tous les arguments de siège contre la méthode d'extériorisation portent aussi bien contre la colectomie en un temps, qui doit se faire, suivant les principes habituels de la chirurgie abdominale, en dehors de la cavité péritonéale.

2° **Forme anatomique du cancer**. — Nous avons vu qu'il existait une forme de septicité atténuée, le cancer en virole, une forme encéphaloïde d'une virulence extrême : l'une, se décelant rapidement par des phénomènes d'obstruction, l'autre, longtemps latente, et d'évolution ordinairement très avancée lors de l'opération.

Il est évident que la première de ces formes ne contre-indique pas d'une façon absolue la colectomie en un temps, si l'on a pris soin d'établir un anus cæcal préalable pour vider l'intestin : c'est la forme favorable.

Quant à la seconde, elle relève, sans conteste, de la méthode d'extériorisation.

La conduite à tenir dans ces deux cas extrêmes est facile. En est-il de même dans les nombreux cas intermédiaires qui existent en clinique? Evidemment non. Mais dans les cas douteux, c'est encore la méthode d'extériorisation que recommandera la prudence.

Un autre élément vient d'ailleurs compliquer le problème : la présence du sac colique.

3° **État du côlon au-dessus du cancer : le sac colique.** — Nous connaissons la virulence de son contenu, les altérations de ses parois. Pour M. Pierre Duval (1), il serait souvent plus prononcé dans les cancers en ficelle du côlon gauche.

Ce qui mettrait donc le chirurgien devant ce dilemme : un cancer végétant septique à sac colique peu prononcé d'une part, et d'autre part un cancer en ficelle relativement peu septique en lui-même, mais avec une dilatation considérable de l'intestin situé en amont et les inconvénients en résultant, qui contre-indiquent pour la plupart la colectomie en un temps.

On peut, en effet, dire que, de la présence du sac colique résultent une impossibilité et deux dangers :

1° Impossibilité d'abord de faire une anastomose termino-terminale entre deux segments d'intestin n'ayant pas le même calibre, présentant de « l'incongruence des deux bouts ;

2° Danger ensuite et immédiat, souvent mortel, d'ouvrir ce sac colique à contenu septique qui risque de souiller la cavité péritonéale ;

3° Danger enfin, plus tardif, si l'on tente, faute de suture circulaire possible, une anastomose termino-latérale ou latéro-latérale, car les sutures faites dans une paroi cartonneuse ulcérée, prédisposée au sphacèle, lèchent ou s'infectent du deuxième au quatrième jour, ou plus tard, du septième au onzième jour, au passage des pierres dures accumulées dans le bout supérieur (Pierre Duval).

(1) Pierre Duval, *loc. cit.*

La présence d'un sac colique engagera donc encore le chirurgien à faire l'extériorisation de la tumeur et de l'anse dilatée en amont.

En l'absence du sac colique, des lésions moins avancées ou même la seule adiposité de l'intestin contre-indiquent encore l'opération en un temps.

4° **Évolution plus ou moins avancée du néoplasme.** — Les ganglions situés au contact de l'intestin (premier groupe), ou même ceux situés le long des vaisseaux (deuxième groupe) peuvent s'hypertrophier, se cancériser, s'accoller à la tumeur, tout en dédoublant le méso. Le procédé d'extériorisation élargie du Professeur Quénu, par la résection large du pédicule vasculo-ganglionnaire qu'elle entraîne, nous semble alors particulièrement indiqué. M. Quénu put, en effet, dans deux cas analogues, obtenir deux guérisons (Obs. nos 115 et 118).

Mais des contre-indications à la méthode d'extériorisation élargie peuvent naître du fait des adhérences que contracte la tumeur, d'une part avec le fascia iliaca et le péritoine abdominal postérieur, d'autre part avec les anses intestinales. C'est ainsi que M. Quénu, dans un cas de cancer du côlon iliaque adhérent au fascia iliaca, dut renoncer à l'extériorisation, et employer le procédé de Volkmann. Il en fut de même dans un cas de volumineux cancer du côlon pelvien, adhérent à la paroi abdominale antérieure, à l'épiploon et au côlon transverse qui, prolabé, était venu se placer à son contact (voir Planche X). Voici l'observation de ce cas.

Obs. du Professeur Quénu (inédite). — Mme A... Pert. 56 ans, ménagère, entre à l'hôpital sur les conseils de son médecin, parce qu'elle est atteinte d'une constipation opiniâtre avec douleurs dans le côté gauche du ventre.

Anamnèse. — Le début des accidents remonte à 2 ans, en 1911. La malade qui jusque-là évacuait normalement son intestin, commence à être constipée. La difficulté à aller à la garde-robe s'exagère d'une façon continue, et finalement la malade qui pensait avoir une entérite, ne va plus à la selle qu'à l'aide de lavements.

Vers novembre 1912, des douleurs apparaissent dans tout le ventre, mais particulièrement à gauche, trois ou quatre heures après le repas.

Le 12 avril 1913, la malade après avoir avalé un verre d'eau d'Hunyadi Janos, est saisie de violentes coliques et se met à rendre son petit déjeuner. Elle s'alite, et reste ainsi jusqu'au lendemain, souffrant, ayant des vomissements verdâtres et n'émettant ni selles, ni gaz. Des applications chaudes calment peu à peu ses douleurs, et 2 jours après la malade a repris ses occupations.

Pendant l'été et le début de l'automne, elle se plaint simplement d'avoir des digestions difficiles, et de ne pouvoir aller à la selle sans lavement.

Le 26 novembre, après une purgation, elle éprouve de violentes douleurs dans la fosse iliaque gauche, qui s'irradient ensuite dans tout le ventre, et elle se met à vomir.

Elle reste deux jours sans aller à la selle et sans rendre de gaz. Aussitôt remise, elle se décide, sur le conseil de son médecin, à rentrer le 1er décembre à l'hôpital Cochin.

Examen (6 décembre 1913) :

Symptômes fonctionnels. — La malade accuse un endolorissement permanent dans le côté gauche du ventre, avec des douleurs plus vives semblables à des coliques deux ou trois heures après toute ingestion alimentaire solide.

Les digestions sont pénibles, prolongées, avec somnolence; l'appétit a disparu.

Depuis son entrée à Cochin, la constipation paraît s'être amendée, la malade a chaque jour une et parfois deux émis-

sions de matières peu abondantes, aplaties, de coloration normale.

Pas de sang dans les selles. Pas de douleurs à l'occasion de la défécation, mais fréquemment de faux besoins d'aller à la selle.

Symptômes physiques. — Ventre modérément tendu. On sent dans la fosse iliaque gauche une masse dure, lobuleuse, descendant jusqu'au voisinage du pli de l'aîne, et n'atteignant pas en haut le rebord costal. Cette tumeur douloureuse, indépendante de la paroi, adhère au plan profond. On arrive à la mobiliser de gauche à droite, mais nullement de haut en bas. La matité au niveau de la tumeur est absolue, mais autour il existe un léger météorisme. Le foie est normal.

Toucher rectal. — Aussi haut que le doigt remonte, on ne perçoit aucune tumeur.

État général. — Amaigrie, sans forces, visiblement usée, la malade qui pèse 43 kilogr. 400, a perdu 9 livres en 7 mois. Poumons et cœur indemnes. Urines normales.

Opération (M. Quénu). — Incision au niveau de la fosse iliaque gauche suivant les fibres du grand oblique. On tombe sur une tumeur de la partie moyenne de l'anse sigmoïde, adhérente à l'épiploon qui s'est interposé entre la tumeur et la paroi, adhérente également à la fosse iliaque gauche. Après avoir libéré la tumeur, on essaye de la mobiliser et de l'extérioriser, mais cette extériorisation est impossible, car le côlon transverse adhère très solidement par sa partie moyenne prolabée au bord interne de la tumeur.

M. Quénu décide alors de faire une résection intestinale d'emblée. Il commence par sectionner le côlon transverse, puis le méso-côlon; il libère ensuite l'angle splénique par section du ligament suspenseur et continue le décollement de la masse intestinale de haut en bas; il arrive ainsi sur le méso sigmoïde, farci de ganglions, et contenant un gros pédicule formé de cordons de lymphangite cancéreuse. Il sectionne, après ligature, ce gros pédicule le plus loin possible; la masse néoplasique vient alors facilement, et il termine l'exérèse par la section du bout inférieur de l'intestin à une bonne distance de la tumeur.

Il abandonne momentanément les deux bouts de l'intestin

Planche X.

Cancer de l'anse sigmoïde. Pièce opératoire du Prof. Quénu. — Pièce de cancer sigmoïdien où la méthode d'extériorisation n'a pu être employée. Tout le méso est rétracté, farci de ganglions; de plus, le côlon transverse prolabé adhère à la tumeur sigmoïdienne. Cette pièce comprend donc toute la moitié gauche du côlon transverse, l'angle splénique, le côlon descendant et le côlon iléo-pelvien supportant la tumeur.

G. Steinheil, éditeur.

qui sont soigneusement protégés par des compresses, pour péritoniser toute la région lombo-iliaque.

Il rapproche alors les deux bouts de l'intestin. Au bout supérieur est attenant l'estomac. Ce rapprochement est d'ailleurs assez difficile, car la masse intestinale grêle fait hernie sous la corde colique du bout supérieur. Il la repousse à droite et réunit par suture les deux bords mésentériques. Les deux extrémités de l'intestin sont alors accolées et anastomosées par leurs demi-circonférences postérieures. Les demi-circonférences antérieures sont abouchées à la peau, après solidarisation, par de nombreux points non perforants à la soie fine, de l'intestin aux différents plans de la paroi que l'on referme au-dessus et au-dessous de l'anus ainsi créé.

Suites opératoires. — Suites simples jusqu'au 12 décembre, jour où la malade commence à tousser. Puis, quelques légers points de sphacèle apparaissent au pourtour de l'anus, tandis que la plaie d'abord rouge, finit par se désunir en laissant s'écouler un pus jaunâtre. La suppuration est d'ailleurs nettement limitée au plan sous-cutané. Pas de fièvre.

Malheureusement, le 20 décembre, la température monte brusquement à 39°, en même temps que la gêne respiratoire s'accentue, et la malade meurt le 22 décembre d'une broncho-pneumonie double.

5° **État général**. — L'état général présente encore un grand intérêt, car il est bien évident que chez des individus profondément affaiblis par leur cancer et la stercorémie, la méthode d'extériorisation présente des avantages sur lesquels il n'est nul besoin d'insister.

Pour nous résumer, nous dirons :

En période d'occlusion chronique, à plus forte raison aiguë, faire l'opération minimum, l'anus contre nature. et rejeter tout acte opératoire qui n'aurait pas comme seul et unique but l'occlusion qu'il s'agit de combattre d'abord;

En dehors de la période d'occlusion, se laisser guider par chacun des facteurs que nous avons examinés :

Siège du cancer.
Forme anatomique.
État de l'intestin susjacent.
Adiposité intestinale.
Ganglions et adhérences.
État général du malade.

Ne faire l'extériorisation que pour les cancers coliques gauches ;

La faire surtout chez les malades affaiblis dans les cas de cancers végétants, essentiellement septiques, surmontés d'un véritable sac colique ou simplement d'un intestin malade, sans se laisser arrêter par la présence de ganglions à l'intérieur du méso ;

La faire encore dans les cas douteux ;

Réserver la colectomie en un temps avec ou sans anus préliminaire, aux cas véritablement favorables de petits cancers mobiles, sans lésions accentuées de l'anse intestinale sus-jacente, chez des individus encore résistants ;

Faire en désespoir de cause, dans les cas de cancers trop adhérents pour être extériorisés, l'opération de Volkmann.

Tels sont du moins les indications qui nous semblent résulter de la pratique du Professeur Quénu.

Nos conclusions sont en somme éclectiques. Sans nullement condamner la colectomie en un temps, nous pouvons donc dire que l'extériorisation nous apparaît comme une méthode de nécessité parfois, mais le plus

souvent de prudence, et dans le doute où se trouve souvent le chirurgien de l'état des parois intestinales, doit élargir les indications.

La majorité des chirurgiens nous semble soutenir d'ailleurs une opinion à peu près analogue. Un certain nombre d'entre eux cependant, préfère à la méthode d'extériorisation la méthode d'entérectomie avec anus préliminaire. C'est ainsi que Schloffer (1) en 1903, écrit : « la résection du cæcum, se fera autant que possible en un temps; par contre sur le reste du gros intestin, la meilleure méthode et la plus sûre est celle en trois temps » (Baum-Schloffer).

C'est ainsi que Cavaillon (2), élève de Jaboulay, dans sa thèse de 1905, soutient une opinion analogue.

Pour M. le Professeur Hartmann (3), la colectomie de Reybard est l'opération idéale. Il est cependant porté à la laisser de côté à cause de son peu de sûreté, sauf pour les cancers de la moitié droite du côlon. Pour ceux de la moitié gauche, sans nier les services que peut rendre la méthode de Baum-Schloffer, il conclut en faveur de la méthode en deux temps. La colectomie de Reybard ne lui en apparaît pas moins comme la méthode d'avenir.

Reichel (4), lui-même, en 1911, partisan résolu de la colectomie idéale, lui reconnaît cependant, comme conditions indispensables, un bon état général du malade,

(1) Schloffer. *Beit. zur klin. Chir.* vol. 38 p. 150, 1903.
(2) Cavaillon. Thèse de Lyon, 1905.
(3) Hartmann. *Travaux anat.-cliniques.* Chirurgie de l'intestin, p. 401.
(4) Reichel. *XL^e Congrès de Chirurg. allemand*, 1911.

la vacuité certaine de l'intestin, l'intégrité des parois, et la possibilité d'affronter sans tension les deux bouts.

Rotter (1), également, ne fait jamais la colectomie en un temps, lorsque l'état général du sujet est mauvais, lorsque le côlon contient de grosses masses de matières, lorsqu'enfin la libération des deux bouts de l'intestin ne peut être faite assez loin pour que la suture se fasse sans tension; il conclut nettement à l'emploi de la méthode de Schloffer.

Finkelstein (2) éclectique, est partisan dans les cas douteux de la méthode d'extériorisation.

Korte (3), dans les cas non compliqués, avec une évacuation intestinale suffisante, une bonne vascularisation des deux bouts intestinaux, et la possibilité d'un affrontement sans tension, trouve que la méthode de colectomie idéale est parfaitement justifiée; mais, il lui préfère les méthodes lentes lorsque ces conditions ne sont pas réalisées. Pour les cancers du transverse, de l'angle splénique et du côlon descendant, nous savons qu'il est nettement partisan de la méthode d'extériorisation à la Mickulicz.

Bastianelli (4), au contraire, dans la majorité des cas, emploie de préférence à la méthode d'extériorisation, celle de Baum-Schloffer.

M. Pierre Duval (5), dans son rapport au dernier

(1) Rotter, *Archiv f. klin. Chir.* 1913, t. CII, p. 651.
(2) Finkelstein, *Arch. f. klin. Chir.* 1913, t. CI, p. 936.
(3) Korte, *loc. cit.*
(4) Bastianelli. Rapport au *XXV^e Congrès international de Méd.* Londres 1913.
(5) Pierre Duval, *loc. cit.*

Congrès de Chirurgie, pose avec netteté les indications respectives des deux méthodes en un temps et en plusieurs temps :

La méthode en plusieurs temps (le procédé de Volkmann relève pour lui de cette méthode), est indiquée chez les gras, chez les malades à cœur et à reins instables, chez les intoxiqués chroniques; elle est commandée par l'état du gros intestin, et les trois conditions qui la commandent sont : la réplétion de l'intestin par des matières solides, l'incongruence trop considérable des deux bouts coliques, le cartonnage des parois du bout supérieur.

Chez les maigres, chez les gras modérés, lorsque le cœur et les reins sont bien équilibrés, lorsque le côlon est bien vidé, lorsque le bout supérieur n'est pas trop dilaté, lorsque ses parois ne sont pas cartonnées, la colorraphie immédiate, complétée par l'anus de dérivation, est la méthode de choix.

Tout dernièrement à la Société de Chirurgie, MM. Demoulin (1) et Souligoux (2) se prononcent en faveur des procédés d'extériorisation non compliqués.

Nous connaissons enfin l'opinion de M. le Professeur Quénu.

De tout cela résulte que les différents chirurgiens sont bien peu souvent partisans de la colectomie idéale, et qu'ils lui préfèrent, dans la majorité des cas, les méthodes plus lentes, l'extériorisation en deux ou trois temps, la colectomie avec anus préliminaire, la colec-

(1) Demoulin. *Loc. cit.*
(2) Souligoux. *Bulletins de la Soc. de Chir.*,18 nov. 1913, p. 1420.

tomie intra-abdominale suivie d'anus artificiel immédiat, ou procédé de Volkmann.

Il nous reste à dire pourquoi la méthode d'extériorisation nous semble nettement préférable à ces deux dernières méthodes. Elle est infiniment plus sûre, car dans le Volkmann, colectomie intra-abdominale suivie d'anus contre nature, on risque de souiller la cavité péritonéale et de déterminer ainsi une péritonite presque immédiatement mortelle, car dans la méthode de Baum-Schloffer, plus prudente cependant, on s'expose souvent aux mêmes dangers que dans la colectomie idéale.

Reproduisons seulement les paroles de M. Pierre Duval (1) lui-même, parlant des avantages de l'anus contre nature préalable : « Il peut, en mettant la tumeur au repos, améliorer grandement les conditions locales, ce qui permet de faire une colectomie intra-abdominale dans de meilleures conditions, de se mettre à l'abri des accidents septiques. C'est indéniable, mais il est bien rare que l'on rende cette asepsie absolue ; il reste souvent malgré tout quelques matières durcies au-dessus de la tumeur, et les parois du côlon, bien qu'améliorées, restent encore friables. Les conditions sont meilleures, mais non parfaites, ce qui rendra malgré tout, à notre avis, l'extériorisation plus sûre.

C'est par là que nous conclurons.

(1) Pierre Duval. *Loc. cit.*

CHAPITRE VI

RÉSULTATS IMMÉDIATS ET ÉLOIGNÉS DE LA MÉTHODE D'EXTÉRIORISATION DANS LE TRAITEMENT DES CANCERS COLIQUES

Nous avons pu colliger, dans la littérature médicale, 118 observations de cancers coliques, opérés par les différents procédés d'extériorisation en deux ou trois temps, que nous avons réunies en tableaux, suivant s'agissait :

1° De *cancers droits* (cæcum, côlon ascendant, angle qu'il hépatique).

A. — Sans occlusion (Tableau I).
B. — Avec occlusion (Tableau II).

2° De *cancers gauches* (côlon transverse, angle splénique, côlons descendant, iléo-pelvien).

A. — Avec occlusion (Tableau III).
B. — Sans occlusion (Tableau IV).

Dans chaque tableau nous avons groupé les observations suivant la localisation du néoplasme, en indiquant

pour chacune d'elles (désignée par un numéro permettant de se reporter à l'observation mère publiée d'autre part) le procédé opératoire, le procédé de fermeture de l'anus, les causes de mort, la durée du traitement, et le temps de survie.

Analysons maintenant ces observations et voyons d'abord et rapidement les résultats donnés par la méthode d'extériorisation dans les cas de cancers coliques droits.

I. — **Cancers coliques droits.**

Par cancers coliques droits nous entendons les cancers du cæcum, du côlon ascendant et de l'angle hépatique.

Sur 23 cas, nous trouvons :

21 cas de cancers sans occlusion.
2 cas de cancers en occlusion.

A. — Cancers coliques droits sans occlusion (Tableau I)

a) **Résultats immédiats**. — Sur les 23 cas de cancers, sans occlusion, dont :

15 du cæcum avec 1 mort.
2 du côlon ascendant avec 2 morts.
4 de l'angle hépatique avec 2 morts.

Nous relevons 5 morts, soit une mortalité de *23,8 p. 100*.

Mais il est à remarquer que, tandis que la mortalité est relativement faible pour le cæcum (6,6 p. 100), elle s'élève pour l'angle splénique (50 p. 100), et atteint 100 p. 100 pour le côlon ascendant.

Cette mortalité de 23,8 p. 100, relativement très élevée, semble nettement contre-indiquer la méthode d'extériorisation pour les cancers coliques droits sans occlusion, et principalement pour le côlon ascendant et l'angle hépatique.

b) **Résultats éloignés.** — Sur les 14 cas, sur 15, de cancers du cæcum survivants on note :

1 survie de 7 ans et 6 mois.
1 mort au bout de 5 ans et 6 mois par affaiblissement.
1 survie de 5 ans.
1 survie de 4 ans.
1 mort d'apoplexie au bout de 3 ans et 6 mois.
1 survie de 3 ans.
1 survie de 1 an et 3 mois.
1 mort de récidive au bout de 1 an et 3 mois.
1 mort de métastase au bout de 1 an.
1 survie de 9 mois.
1 mort par carcinom. périt. au bout de 2 mois 1/2.
1 mort au bout de 3 semaines par affaiblissement.
1 survie sans renseignements.
1 cas encore en traitement.

En faisant abstraction des 2 derniers cas, sur 12 cas de cancers du cæcum survivants, nous ne trouvons la récidive locale ou dans le péritoine que 2 fois, fait important à noter en faveur de la méthode d'extériorisation en général.

Il est vrai que dans 2 autres cas, nous voyons les

malades mourir d'affaiblissement progressif, par suite d'un anus persistant sur le grêle, ce qui, joint aux inconvénients locaux et à la difficulté de fermeture de l'anus, contre-indique formellement la méthode d'extériorisation pour les cancers du cæcum.

Sur les deux cas survivants des cancers de l'angle hépatique (sur 4), la récidive advint 1 fois.

B. — Cancers coliques droits avec occlusion (Tableau II).

Sur 2 cas, nous relevons 1 mort par péritonite, soit 50 p. 100 de mortalité immédiate, et 1 survie de 4 ans.

Quels sont les résultats immédiats ou éloignés des cancers coliques gauches.

II. — **Cancers coliques gauches.**

Par cancers coliques gauches nous entendons : les cancers du transverse, de l'angle splénique, du côlon descendant, de l'anse sigmoïde.

Sur 94 cas nous trouvons :

20 cas de cancers en occlusion.
74 cas de cancers sans occlusion.

A. — Cancers coliques gauches en occlusion (Tableau III).

a) **Résultats immédiats.** — Sur les 20 cas de cancers coliques gauches en occlusion, dont :

2 du côlon transverse avec 0 mort.
4 de l'angle splénique avec 3 morts (péritonite, pneumonie, collapsus).
3 du côlon descendant avec 1 mort par gangrène de l'anse afférente.
11 de l'anse sigmoïde avec 6 morts (5 par péritonite, 1 par collapsus).

nous relevons dans l'ensemble 10 morts dont 7 par péritonite, ce qui fait une *mortalité moyenne de 50 p. 100*.

La méthode d'extériorisation est donc formellement contre-indiquée en période d'occlusion ; moins meurtrière que la colectomie en un temps (70 p. 100 d'après Cavaillon), elle ne met cependant pas à l'abri de la péritonite.

b) **Résultats éloignés.** — Sur les 10 cas survivants, sur 20, en faisant abstraction de 3 cas sans renseignements ultérieurs, nous ne trouvons qu'un cas de récidive locale.

B. — Cancers coliques gauches sans occlusion (Tableau IV)

Ce sont pour nous de beaucoup les plus intéressants. Nous examinerons d'abord les résultats d'ensemble donnés par la méthode d'extériorisation en général, puis, nous essaierons de comparer les résultats, suivant le procédé d'extériorisation employé.

1° *Résultats d'ensemble de la méthode d'extériorisation.*

a) **Résultats immédiats.** — Sur 74 cas de cancers coliques gauches opérés à froid dont :

8 cas de côlon transverse avec 1 mort.
9 cas d'angle splénique avec 2 morts.
6 cas de côlon descendant avec 0 mort.
51 cas d'S iliaque avec 5 morts.

nous relevons 8 morts, ce qui fait un pourcentage de mortalité immédiate de *10,8 p. 100*, pour l'ensemble des différents cancers.

C'est un pourcentage qui n'est atteint par aucune autre méthode. Encore dans nos 8 cas de morts, la péritonite n'intervient-elle que 5 fois. Sur ces 5 cas de péritonite, 1 fois la mort aurait d'ailleurs pu être évitée, elle survint au moment de la section imprudente de l'éperon; une autre fois, elle était nettement attribuable à une fistule gastro-colique dans un cas de cancer trop avancé du transverse qui n'aurait pas dû être opéré.

Si nous faisons maintenant le pourcentage de la mortalité, pour les différentes portions du côlon gauche, nous la trouvons de 0 p. 100, pour le côlon descendant; de 9,8 p. 100 pour l'anse sigmoïde; de 10,2 p. 100, pour le transverse; de 20,2 p. 100, pour l'angle splénique.

Ces résultats partiels semblent donc nettement défavorables à la méthode d'extériorisation, pour les cancers de l'angle splénique; mais nous devons immédiatement ajouter que les 2 cas de mort par péritonite, évitables,

dont nous parlions plus haut, se produisirent justement dans 2 cas de cancers de l'angle splénique.

b) **Résultats éloignés.** — Sur nos 74 cas de cancers coliques gauches sans occlusion, en faisant abstraction des 8 cas de mort, il reste 66 cas dont il faut encore défalquer 11 cas de guérisons sans résultats ultérieurs, et 3 cas d'opérés encore en traitement. En fin de compte, *52 cas* seulement sont susceptibles d'être utilisés au point de vue des résultats éloignés qui nous intéressent.

Sur ces *52 cas*, la mort survint :

12 fois par *récidive* (Obs. nos 6, 27, 28, 30, 32, 60, 62, 68, 95, 99, 106, 114).

(en comptant comme récidives les cas douteux de métastase péritonéale), soit dans *23 p. 100 des cas*. Ce pourcentage est plus faible que celui d'Anschutz qui note la récidive dans 30 p. 100 des cas opérés par la méthode de Mickulicz.

11 fois en dehors de toute récidive locale imputable à la méthode d'extériorisation :
6 fois par métastase (Obs. nos 31, 63, 65, 67, 105, 113).
5 fois par affections intercur. (Obs. nos 22, 59, 100, 101, 111).

Sur ces *52 cas*, la guérison fut notée *29 fois* (Obs. nos 7, 13, 21, 23, 24, 25, 29, 38, 39, 41, 42, 43, 51, 52, 55, 64, 66, 69, 70, 71, '72, 73, 74, 75, 104, 107, 110, 112, 117).

Mais si nous ne comptons comme guérisons effec-

tives que les survies *de plus de 2 ans*, le nombre des guérisons tombe à *16*, ce qui fait un pourcentage de guérisons de *30,7 p. 100*.

Parmi ces 16 guérisons, la survie fut :

1 fois de 7 ans (Obs. n° 38).
2 fois de 6 ans et 6 mois (Obs. n° 55, 117).
1 fois de 6 ans et 3 mois (Obs. n° 24).
2 fois de 5 ans (Obs. n° 107, 25).
1 fois de 4 ans (Obs. n° 42).
1 fois de 3 ans et 9 mois (Obs. n° 75).
1 fois de 3 ans et 6 mois (Obs. n° 109).
4 fois de 3 ans (Obs. n°s 112, 39, 23, 74).
1 fois de 2 ans et 6 mois (Obs. n° 41).
2 fois de 2 ans (Obs. n°s 64, 66).

2° *Résultats comparés des différents procédés d'extériorisation.*

Il est intéressant maintenant de rechercher les résultats comparés des différents procédés d'extériorisation, tant au point de vue des résultats immédiats que des résultats tardifs, pour voir si les résultats statistiques viendront confirmer la double nécessité que nous mettions en relief à propos du choix du procédé d'extériorisation, à savoir la nécessité d'opérer en trois temps, et celle de choisir, ce qui semble évident, une méthode d'extériorisation élargie.

a) **Résultats immédiats** (en dehors de l'occlusion). — Nous relevons :

15 cas d'opér. typ. à la Bloch avec 1 mort, soit 6,6 p. 100 de mortalité.
15 cas d'opér. à la Mickulicz (3 temps) avec 1 mort, soit 6,6 p. 100 de mortalité.
32 cas d'opér. à la Mickulicz (2 temps) avec 4 morts, soit 12,5 p. 100 de mortalité.
2 cas d'opér. à la Hochenegg avec 0 mort, soit 0 p. 100 de mortalité.

Cet auteur parle encore de 5 cas sans mort, mais il n'a pas publié les observations.

8 cas d'opér. suivant le procédé du prof. Quénu avec 0 mort, soit 0 p. 100 de mortalité.

Nous pouvons donc conclure, abstraction faite des 2 cas de Hochenegg, que ce sont les procédés d'extériorisation en 3 temps, soit à la Bloch, soit à la Mickulicz (3 temps), soit à la Quénu, qui donnent les meilleurs résultats immédiats, tandis que les opérations en 2 temps ont une mortalité légèrement plus élevée.

Les résultats tardifs sont-ils aussi favorables à la cause que nous défendons?

b) **Résultats éloignés** (en dehors de l'occlusion). — Si pour juger de la valeur tardive des différents procédés d'extériorisation, nous nous basons sur le nombre de guérisons de plus de 2 ans qu'ils ont à leur actif, en considérant d'une part les procédés qui respectent le méso, et d'autre part ceux qui font de sa résection un point capital de l'opération, nous trouvons :

Dans un premier groupe :

15 cas d'opér. typ. à la Bloch avec 2 guérisons, soit 13,3 p. 100 de guér. prolong.
7 cas de Hochenegg avec 1 guérison de 5 ans, soit 14,3 p. 100 de guér. prolong.

Dans un deuxième groupe :

15 cas de Mickulicz (3 temps) avec 5 guérisons, soit 33 p. 100 de guér. prolong.
32 cas de Mickulicz-Hartmann avec 6 guérisons, soit 18,7 p. 100 de guér. prolong.
8 cas de Quénu avec 2 guérisons, soit 25 p. 100 de guér. prolong.

Ces résultats montrent nettement, que les opérations qui ne s'adressent pas au méso, comptent moins de succès à leur actif que les méthodes d'extériorisation élargie.

Et si, nous rappelant les résultats immédiats qui sont nettement en faveur de la méthode en trois temps, nous posons des occlusions statistiques, nous pouvons dire que la méthode qui donne les meilleurs résultats, tant immédiats qu'éloignés, est la méthode d'extériorisation élargie en trois temps.

Ce sera la conclusion de ce trop long chapitre de statistique.

Il nous reste maintenant à parler des résultats immédiats des autres méthodes de colectomie, et surtout de la colectomie en un temps.

CHAPITRE VII

RÉSULTATS DE LA COLECTOMIE EN UN TEMPS

Nous ne parlerons guère des résultats de la colectomie en un temps avant 1902, époque à laquelle Mickulicz, devant les désastres de la colectomie en un un temps, perfectionne le procédé d'extériorisation de Bloch.

Les statistiques (1) avant cette époque sont en effet lamentables ; citons en quelques-unes :

En 1892,	Bloch	publie	29	cas avec	17	morts,	soit 58	p. 100	de mortal.
— 1890,	Kœnig	—	3	—	1	—	33	—	—
— 1892,	Czerny	—	9	—	4	—	44,4	—	—
— 1898,	Braman	—	14	—	6	—	42,8	—	—
— 1899,	Boas	—	?		?		60	—	—
— ?	Wolfler	—	?		?		54	—	—
— 1900,	Kronlein	—	12	—	6	—	50	—	—
— ?	Kessler	—	15	—	9	—	60	—	—
— ?	Wolfler	—	9	—	6	—	70	—	—
— 1902,	Mickulicz	—	21	—	9	—	42,9	—	—

(1) In HARTMANN. *Travaux anatomo-cliniques.*

De plus, M. de Bovis (1), dans son si important mémoire de 1900, réunissant 104 cas de colectomie en un temps, trouve une mortalité moyenne de 38,4 p. 100.

En 1905, Cavaillon (2), dans sa thèse, ayant constaté que les statistiques les plus récentes donnaient des résultats moins mauvais, groupe les 171 cas de colectomie réunis par lui en deux catégories : la première, comprenant les cas de colectomie publiés avant 1899, avec 58 p. 100 de mortalité; la deuxième, comprenant les cas publiés après 1899, avec 37 p. 100 de mortalité seulement, chiffre correspondant à celui de de Bovis.

C'est que la méthode d'extériorisation, restreignant dans une large mesure les indications de la colectomie en un temps, réservée aux cas favorables, était venue décharger d'autant le passif de la colectomie idéale.

C'est ainsi que Littlewood (3), en 1903, dans sa statistique de 14 cas avec 4 morts, n'accuse plus qu'une mortalité de 28 p. 100. Ajoutons bien vite, d'ailleurs, que si l'on ne considère plus parmi ces 14 cas, en faisant abstraction des cancers du cæcum et du côlon ascendant, que les cas de cancer du côlon gauche opérés sans anus préalable, la mortalité remonte immédiatement à 40 p. 100.

C'est ainsi que Bilton Pollard (4) en 1904, peut publier 7 cas de colectomie avec 7 guérisons, parmi lesquels

(1) De Bovis. *Revue de Chirurgie*, 1900.
(2) Cavaillon. *Loc. cit.*
(3) Littlewood. *Lancet*, 1903, t. I, p. 1511.
(4) Bilton Pollard. *Brit. med. Journal*, 23 janvier, 1904, t. I, p. 175.

3 cas seulement de cancers coliques gauches, sans mortalité d'ailleurs.

Statistique véritablement trop réduite pour être prise en sérieuse considération !

C'est ainsi que Pauchet (1), en 1905, n'accuse plus qu'une mort pour 7 colectomies idéales, soit 14,5 p. 100 de mortalité, mais 1 mort sur 3 cas, si l'on considère seulement les cancers coliques gauches, soit alors 33 p. 100 de mortalité.

La statistique de Bakès, en 1906, est évidemment fort belle, si l'on considère les chiffres d'ensemble, puisque sur 10 cas il n'accuse aucune mort, mais en l'analysant, on trouve 1 cas de cancer du cæcum, 2 cas de tuberculose iléo-cæcale, 6 cas à siège imprécis, et seulement 2 cas de cancer du côlon gauche.

Les statistiques de ces quatre auteurs, citées partout pour célébrer le triomphe de la colectomie en un temps, sont donc en réalité moins belles qu'elles n'apparaissent au premier abord, si l'on ne considère plus que les cas relevant à notre avis de la colectomie en plusieurs temps : les cancers du côlon gauche.

Sans insister sur la statistique de colectomie en un temps de Anschutz (1906) (2) pour les cancers gauches, 10 cas avec 6 morts, soit 60 p. 100 de mortalité; ni sur celle de Peterman (3) (1908) concernant toujours le côlon gauche, 10 cas avec 4 morts soit 40 p. 100 de mortalité, car ces deux auteurs sont tous deux par-

(1) Pauchet. *Congrès Français de Chir.* Paris, 1905, p. 820.
(2) Anschutz. *Mitteilungen aus den Grenzgebieten der Med. u. Ch.*, 1907.
(3) Peterman. *Archiv f. klin. Chir.*, 1908, T. LXXXVI, f., avril 1908.

tisans de la méthode d'extériorisation, nous arrivons maintenant aux statistiques plus récentes.

Reichel (1), en 1911, nous donne une série de 13 cas de résection pour cancers coliques, sans morts. Faisons simplement remarquer que le cæcum entre pour une bonne part dans cette série heureuse de succès. Si l'on fait en effet abstraction de 7 cas de cancers du cæcum, pour lesquels personne ne conteste la supériorité de la méthode en un temps, il ne reste plus que 6 cas de cancers gauches sans morts, il est vrai, mais auxquels il faut ajouter 3 cas plus récents, avec 2 morts : ce qui fait immédiatement monter la moyenne de mortalité à 22 p. 100.

Von Haberer (2), en 1911, nous donne également de bons résultats de colectomie idéale : 19 observations avec 3 morts, soit 15,8 p. 100 de mortalité immédiate; mais mis à part, 3 cas de tuberculose iléo-cæcale, 1 cas de tuberculose du côlon ascendant, 1 cas de tumeur inflammatoire du côlon transverse, et 2 cas de volvulus de la flexure, il ne reste plus que 12 cas de cancers coliques (dont 4 cas de cancers du cæcum, 1 cas de cancer du côlon descendant, 1 cas de cancer de l'angle hépatique), avec 2 morts, soit une mortalité moyenne de 15 p. 100, supérieure à celle de la méthode d'extériorisation.

Sasse, Bakès publient de petites statistiques sans morts, le premier de 4 cas, le second de 6 cas; Moskovitz également de 5 cas, mais avec 1 mort, soit 20 p. 100 de mortalité.

(1) Reichel. *Loc. cit.*
(2) Von Haberer. *Archiv f. klin., Chir.*, 1911, T. XCIV, p. 907.

Vianney (1), en 1911, sur 5 cas sans morts, dont 4 cas de cancers du côlon gauche, n'a dû ses succès, tout au moins dans 2 cas, qu'à une fistulisation de sûreté du cæcum, du côlon ascendant.

Rotter (2), en 1913, qui à la suite de désastres, s'était déclaré partisan de la méthode de Mickulicz, et en avait obtenu de très beaux succès, revient à la méthode de colectomie en un temps, avec une mortalité de 18 p. 100 (2 morts sur 11 cas).

Waldenstrom (3), publie bien une statistique avec une mortalité relativement favorable, de 12,5 p. 100, et dans des cas de cancers gauches, mais en faisant toujours une colostomie de sûreté.

Finkelstein (4), également cité pour ses bons résultats, 6 observations de résection en un temps avec 1 mort, n'a opéré que des cancers droits.

La statistique de Körte (5) enfin, la plus récente, portant sur un nombre plus considérable d'observations, de plus grande valeur, par conséquent, est moins favorable, puisque sur 33 cas de cancers gauches avec 9 morts, il accuse encore une mortalité très élevée de 27 p. 100, et qui correspond bien à notre avis à la réalité moyenne de mortalité dans la colectomie en un temps.

On voit donc qu'au point de vue de la mortalité immédiate, la colectomie de Reybard est loin de donner

(1) Vianney. *XXV^e Congrès Français de chirurgie*, 1912, p. 616.
(2) Rotter. *Loc. cit.*
(3) Waldenstrom. *Nazdskl. Medicinsk. Ark.*, Ch. 1911, I, n° 24.
(4) Finkelstein. *Loc. cit.*
(5) Körte. *Loc. cit.*

d'aussi bons résultats que la méthode d'extériorisation.

Même dans les statistiques les plus favorables, ou les plus réduites, la mortalité ne tombe jamais au-dessous de 12,5 p. 100, chiffre encore supérieur à celui de la méthode d'extériorisation. Et dans la statistique de Körte, la plus récente, la plus importante, la mortalité est encore de 27 p. 100.

Il est vrai que la pratique de la fistulisation préventive du cæcum abaisse un peu le taux de mortalité moyenne. Cependant, dans les 25 cas d'opérations de Schloffer, réunis par de Bovis, nous trouvons encore 6 morts pour 25 cas, soit 24 p. 100 de mortalité; et dans les 9 cas de Jaboulay et Cavaillon, 2 morts, soit 22 p. 100. Ajoutons d'ailleurs que Schloffer (1), en 1903, avait publié une série de 9 cas de cancers du côlon sigmoïde, opérés suivant sa méthode, et tous avec succès.

Les résultats de l'opération de Volkmann sont-ils enfin supérieurs à ceux de la méthode d'extériorisation? Il est impossible de conclure nettement d'après les statistiques qui confondent dans des résultats d'ensemble, les cas de Volkmann avec les cas de Mickulicz en deux temps, ou qui fusionnent sous le nom d'opérations diverses, l'opération de Volkmann, celle de Madelung, ou les résections immédiates suivies d'anastomoses intestinales colo-coliques, ou iléo-sigmoïdiennes.

Il est encore plus difficile de juger et de comparer les résultats éloignés des différentes méthodes de colec-

(1) Schloffer. *Loc. cit.*

tomie, faute de documents suffisants. Nous avons vu que la méthode d'extériorisation donnait de belles survies, puisque pour 52 observations, où les résultats tardifs sont notés, nous avons pu établir un pourcentage de 30,7 p. 100 de guérisons durant depuis plus de 2 ans, — chiffre inférieur d'ailleurs à celui de Waldenstrom (1), qui a pu suivre 27 opérés de colectomie en un temps, et constater des guérisons prolongées (toutes au delà de 4 ans, et, jusqu'à 20 ans) pour 11 d'entre eux.

Les résultats de Korte enfin, qui a obtenu 3 guérisons durables pour 11 extériorisations, et 20 guérisons pour 71 colectomies en un temps viennent démontrer, comme le fait remarquer M. Lenormant, qu'entre les résultats de la méthode d'extériorisation et ceux des méthodes de colectomie en un temps, la différence n'est pas bien considérable. Encore minime, elle doit disparaître tout à fait par la pratique des méthodes d'extériorisation élargie.

(1) Waldenstrom. *Loc. cit.*

CONCLUSIONS

I. La méthode d'extériorisation est une méthode dans laquelle l'extériorisation de la tumeur, sa résection suivie de la création d'un anus contre nature, la cure de l'anus, constituent trois temps distincts, et non trois opérations distinctes : le critérium de la méthode étant dans la résection à péritoine fermé de la tumeur extériorisée, et non dans le temps d'exposition de la tumeur au dehors de la cavité péritonéale.

II. Il existe donc :

a) Une méthode d'extériorisation en trois temps, où extériorisation et résection sont faites en deux séances opératoires séparées (procédé de Bloch-Reclus, de Mickulicz 1re phase).

b) Une méthode d'extériorisation en deux temps où extériorisation et résection sont faites dans une même séance opératoire (procédé de Paul, de Mickulicz 2e phase, de Hartmann).

Entre ces deux méthodes vient se placer le procédé de Hochenegg, qui fusionne les deux derniers temps de résection et de fermeture de l'anus.

III. Ces différents procédés peuvent être classés en deux grandes catégories, suivant qu'ils s'occupent ou non du méso suspect.

Dans la première catégorie se placent les procédés de Bloch-Reclus et de Hochenegg.

Dans la seconde catégorie, les procédés d'extériorisation perfectionnés de Paul, de Mickulicz et de Hartmann

IV. Certains reproches justifiés ou non ont été faits à la méthode d'extériorisation en général :

a) Trop grande longueur du traitement;

b) Ablation incomplète du méso exposant aux récidives;

c) Difficultés de la fermeture de l'anus contre nature, exposant à des dangers d'abord, à des inconvénients ensuite.

Le premier reproche n'a qu'une valeur toute relative.

Le second ne s'applique pas aux procédés d'extériorisation élargie.

Le troisième est justifié dans une certaine mesure.

Mais ces reproches s'appliquent-ils aux différents procédés étudiés? En partie.

Les procédés de Bloch-Reclus, ne s'occupant pas du méso suspect sont mauvais et doivent être abandonnés.

Les procédés de Paul, surtout de Mickulicz et de Hartmann sont des procédés d'extériorisation perfectionnés, mais qui présentent à notre avis deux inconvénients : celui d'abord de fusionner deux temps aux dépens peut-être de la sécurité; celui enfin de laisser un anus en canons de fusil, de cure difficile.

V. Une bonne méthode d'extériorisation pour qu'on puisse en tirer tous les avantages qu'elle comporte doit répondre aux trois conditions suivantes :

a) Se faire en trois temps séparés.

b) Enlever largement les lésions, c'est-à-dire intéresser le pédicule vasculo-ganglionnaire de la tumeur jusqu'à son insertion pariétale.

c) Préparer au moment de la résection, la cure ultérieure si délicate de l'anus contre nature.

VI. L'opération d'extériorisation élargie de M. le Professeur Quénu, en trois temps opératoires nettement séparés, de par l'extériorisation extra-péritonéale du pédicule vasculo ganglionnaire qu'elle comporte, de par l'anastomose préventive des demi-circonférences postérieures des deux bouts de l'intestin, qui suit immédiatement la résection de la tumeur, nous semble répondre à cette triple nécessité.

VII. Peut-être serait-il possible de raccourcir le temps global de traitement, en faisant suivre lors du deuxième temps, la résection d'une entérorraphie circulaire immédiate, ou encore en pratiquant sur les deux bouts accollés avant de les aboucher à la peau, une entérorraphie longitudinale avec fente pour obtenir une guérison spontanée de la fistule stercorale ainsi créée.

VIII. Les indications de la méthode d'extériorisation nous paraissent pouvoir être formulées de la façon suivante : en période d'occlusion, faire strictement l'opération minimum, l'anus contre nature, et rejeter tout acte opératoire qui n'aurait pas pour seul et unique but l'occlusion qu'il s'agit de combattre d'abord.

En dehors de la période d'occlusion, se laisser guider par chacun des facteurs suivants : siège du cancer, forme anatomique de la tumeur, état de l'intestin sus-jacent, adiposité de l'intestin, ganglions et adhérences, état général du malade.

Ne faire l'extériorisation que pour les cancers coliques gauches, la faire surtout chez les malades affaiblis, dans le cas de cancers végétants essentiellement septiques s'accompagnant de lésions pariétales de l'anse intestinale sus-jacente, mais sans se laisser arrêter par la présence de ganglions à l'intérieur du méso.

Le faire encore dans les cas douteux.

Réserver la colectomie de Reybard, ou les méthodes de colectomie en un temps, aux cas favorables de petits cancers mobiles sans lésions importantes de l'anse intestinale sus-jacente chez des individus encore résistants.

Préférer l'opération de Volkmann à une extériorisation impossible ou mal faite, dans le cas de tumeurs fixées, trop adhérentes aux anses intestinales voisines, ou aux autres segments du gros intestin.

La méthode d'extériorisation nous apparaît donc comme une opération de nécessité parfois, mais surtout de prudence, et dont le doute où se trouve le chirurgien de l'état des parois intestinales, doit élargir les indications.

IX. Les résultats immédiats de la méthode d'extériorisation, supérieurs à ceux des méthodes de colectomie en un temps, nous semblent donner une base suffisamment solide aux considérations précédentes.

X. Les résultats tardifs de la méthode d'extériorisa-

tion, qu'il est très difficile de juger faute de documents suffisants, sont peut-être dans leur ensemble inférieurs à ceux des méthodes d'exérèse en un temps, mais nous pensons que ces résultats peuvent être améliorés par la pratique des méthodes d'extériorisation élargie, et en particulier du procédé de M. le Professeur Quénu.

Vu : le Président,
QUENU

Vu : Le Doyen,
LANDOUZY

Vu et permis d'imprimer,
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris.
L. LIARD

Tableau I. — Cancers droits sans occlusion.

	NOMBRE DE CAS	PROCÉDÉ OPÉRATOIRE	FERMETURE DE L'ANUS	MORTS	GUÉRISONS	DURÉE TRAITEMENT	SURVIES
Cæcum.	Obs N° 5 (W. Edmunds)	Mickulicz (2 temps).	0	0	+	?	5 ans 10 mois affaiblissement.
	N° 20 (Anschutz).	Mickulicz (3 temps).	2 entérotomes.	+ Carcinomatose périt.	0	0	0
	N° 33 (Anschutz).	Mickulicz (2 temps).	2 entérotomes. Fermet.	0	+	3 mois 19 jours.	1 an 3 mois récidive
	N° 34 (Anschutz).	Mickulicz (2 temps).	2 entérotomes. Fermet.	0	+	2 mois 2 jours.	1 an métastases
	N° 35 (Anschutz).	Mickulicz (2 temps).	2 entérotomes. Fermet.	0	+	2 mois 11 jours.	3 ans 1/2 apoplexie
	N° 36 (Anschutz).	Mickulicz (3 temps).	3 entérotomes. Fermet.	0	+	3 mois.	1 an 3 mois.
	N° 37 (Anschutz).	Mickulicz (3 temps).	3 entérotomes. Fermet.	0	+	2 mois 12 jours.	4 ans.
	N° 40 (Anschutz).	Mickulicz (2 temps).	2 entérotomes. Fermet.	0	+	1 mois 11 jours.	5 ans.
	N° 53 (Peterman).	Mickulicz (2 temps).	1 entérotome. Fermet.	0	+	4 mois 15 jours	7 ans 6 mois
	N° 56 (Peterman).	Mickulicz (2 temps).	0	0	+	?	2 mois 1/2 Carcin. périton.
	N° 76 (Denk).	Mickulicz (3 temps).	Résection intestinale. Suture circulaire.	0	+	3 mois 16 jours.	3 ans.
	N° 78 (Denk).	Mickulicz.	0	0	+	?	9 mois.
	N° 79 (Denk).	Mickulicz.	0	0	+	?	?
	N° 80 (Denk).	Mickulicz (3 temps).	1 entérotome.	0	+	?	3 semaines marasme.
	N° 86 (Denk).	Mickulicz (3 temps).	0	0	+	Encore en traitement.	0
	15 Observations.			1 mort.	14 guérisons		

Tableau I. — Cancers droits sans occlusion (*suite*).

	NOMBRE DE CAS	PROCÉDÉ OPÉRATOIRE	FERMETURE DE L'ANUS	MORTS	GUÉRISONS	DURÉE TRAITEMENT	SURVIES
Côlon ascendant	N° 17 (Anschutz).	Mickulicz (3 temps).	0	+ collapsus 5 jours après.	0	0	0
	N° 61 (Peterman).	Mickulicz (2 temps).	Entérotome. Fermet.	+ à la fermet. de l'anus.	0	0	0
	2 observations.			2 morts.	0 guérison.		
Angle hépatique	N° 19 (Anschutz).	Mickulicz (3 temps).	2 entérotomes.	+ 10e jour.	0	0	0
	N° 58 (Peterman).	Mickulicz (2 temps).	0	0	+	0	6 mois récidive ganglions.
	N° 84 (Denk).	Mickulicz (3 temps).	0	0	+	encore en traitement.	0
	N° 96 (Finkelstein).	Bloch.	0	+ collapsus 3e jour.	0	0	0
	4 observations.			2 morts.	2 guérisons.		
CANCERS DROITS	21 observations.			5 morts.	16 guérisons.		

Tableau II. — Cancers droits en occlusion.

	NOMBRE DE CAS	PROCÉDÉ OPÉRATOIRE	FERMETURE DE L'ANUS	MORTS	GUÉRISONS	DURÉE TRAITEMENT	SURVIES
Cæcum	N° 45 (Anschutz).	Mickulicz (3 temps).	3 entérot. fermeture.	0	+	?	4 ans.
	N° 46 (Anschutz).	Mickulicz.	0	+ péritonite 4e jour.	0	0	0
	2 observations.			1 mort	1 guérison		

Côlon transverse.	N° 15 (Hochenegg.	Hochenegg.	0	0	+	?	?
	N° 91 (Denk).	Mickulicz.	0	0	+	Encore en traitement.	0
Angle splénique.	N° 44 (Anschutz).	Bloch.	0	+ péritonite.	0	0	0
	N° 47 (Anschutz).	Mickulicz (2 temps).	0	+ pneumonie.	0	0	0
	N° 92 (Waldenstrom).	Mickulicz (3 temps).	Résection. Suture circ.	0	+	?	4 ans 5 mois. Pleurésie.
	N° 103 (Souligoux).	Bloch.	0	+ collapsus.	0	0	0
Côlon descendant.	N° 90 (Denk).	Mickulicz.	0	+ péritonite. gang. anse aff.	0	0	0
	N° 92 (Waldenstrom).	Mickulicz (2 temps).	Résection. Suture circ.	0	+	?	1 an. Mort ?
	N° 108 (A. Schwartz).	Bloch.	Entérorraphie.	0	+	?	18 mois. Récidive.
Anse sigmoïde.	N° 1 (Bloch).	Bloch.	Résection intestinale.	0	+	4 mois 21 jours.	6 mois 19 jours, récidive hépatique.
	N° 9 (Caird).	Hochenegg.	Echec. Fistulette.	0	+	1 mois.	?
	N° 10 (Marsh).	Bloch.	Résection. Bouton.	0	+	4 mois.	8 mois.
	N° 48 (Anschutz).	Extériorisation.	0	+ péritonite 5e jour.	0	0	0
	N° 49 (Anschutz).	Mickulicz (2 temps).	0	0	+	?	2 mois 8 jours, volvulus du grêle.
	N° 50 (Anschutz).	Mickulicz (2 temps).	2 entérotomes. Fermet.	+ fermeture péritonite.	0	0	0
	N° 87 (Denk).	Extériorisation.	0	+ péritonite avant résection	0	0	0
	N° 88 (Denk).	Extériorisation.	0	+ péritonite rupture iléon.	0	0	0
	N° 89 (Denk).	Mickulicz (3 temps).	Entérotome. Fermet.	0	+	?	3 ans.
	N° 94 (Schmidt).	Extériorisation.	0	+ collapsus.	0	0	0
	N° 98 (Finkelstein).	Extériorisation.	0	+ péritonite.	0	0	0
CANCERS GAUCHES	20 observations.			10 morts.	10 guérisons.		

TABLEAU IV. — **Cancers gauches sans occlusion.**

	NOMBRE DE CAS	PROCÉDÉ OPÉRATOIRE	FERMETURE DE L'ANUS	MORTS	GUÉRISONS	DURÉE TRAITEMENT	SURVIES
Côlon transverse.	N° 32 (Anschutz).	Mickulicz (3 temps).	1 entérotome. Fermet.	0	+	2 mois.	13 mois, récidive.
	N° 41 (Anschutz).	Mickulicz (3 temps).	2 entérotomes. Fermet.	0	+	1 mois, 24 jours.	2 ans 1/2.
	N° 42 (Anschutz).	Mickulicz (2 temps).	2 entérotomes. Fermet.	0	+	4 mois, 17 jours.	4 ans.
	N° 43 (Anschutz).	Mickulicz (3 temps).	3 entérotomes. Fermet.	0	+	2 mois, 27 jours.	6 mois.
	N° 55 (Peterman).	Mickulicz (2 temps).	1 entérotome. Fermet.	0	+	1 mois, 6 jours.	6 ans 1/2
	N° 57 (Peterman).	Mickulicz (2 temps).	0	+ colapsus.	0	0	0
	N° 60 (Peterman).	Mickulicz (2 temps).	2 entérotomes. Fermet.	0	+	1 mois, 5 jours.	4 mois 1/2, carcinom. périt.
	N° 109 (A. Schwartz)	Bloch.	Entérorraphie.	0	+	?	?
C. TRANSVERSE.	8 observations.			1 mort.	7 guérisons.		
Angle splénique.	Obs. 4 (Hahn).	Colostomie Bloch.	Fermeture des 2 anus.	0	+	?	?
	N° 27 (Anschutz).	Mickulicz (2 temps).	Plusieurs entérotomes. Fermeture.	0	+	2 mois, 23 jours.	7 mois, récidive, cicatrice.
	N° 29 (Anschutz).	Mickulicz (3 temps).	Plusieurs entérotomes. Echec.	0	+	4 mois, 22 jours.	3 semaines.
	N° 39 (Anschutz).	Mickulicz (2 temps).	4 entérotomes. Fermet.	0	+	2 mois, 28 jours.	3 ans.
	N° 77 (Denk).	Mickulicz (3 temps).	0	+ péritonite mais fistule gastro-coliq.	0	0	0
	N° 82 (Denk).	Mickulicz (3 temps).	Suture circulaire.	0	+	?	?
	N° 102 (Rotter).	Mickulicz (2 temps).	Entérotome.	+ péritonite par section éperon.	0	0	0
	N° 112 (Quénu).	Colostomie Quénu.	0	0	+	?	3 ans.
	N° 111 (Quénu).	Colostomie Quénu.	Fermeture.	0	+	?	8 jours. Hémorr. bout supér.

			Fistulette.				
Côlon descendant.	N° 52 (Hartmann).	Hartmann (2 opérations. Récidive).	0	0	+		1 an.
	N° 95 (Viannay).	Bloch.	Résection. Suture circulaire.	0	+	1 mois 2 jours.	1 an 8 mois carcin. périton.
	N° 113 (Quénu).	Colost cæcale. Quénu.	Tendance à guérison spontanée.	0	+	?	4 mois 1/2 récidive népatique.
C. Descendant.	6 observations.			0 mort.	6 guérisons.		
Anse sygmoïde.	N° 2 (Allingham).	Bloch.	0	0	+	?	?
	N° 6 (W. Edmunds)	Hochenegg.	Anast. latér.-latér. par abdomen. Fistulette.	0	+	6 mois.	3 ans 3 mois récidive.
	N° 7 (Studsgaard).	Bloch.	0	0	+	3 mois.	6 mois.
	N° 8 (Studsgaard).	Hochenegg.	Echec.	0	+	2 mois 26 jours.	?
	N° 11 (Vautrin).	Bloch.	2 entérotomes.	0	+	Plus de 3 mois.	?
	N° 12 (Quénu).	Bloch.	Résection de tumeur. Anastom. iléo-colique. Bout sup. à peau.	+ péritonite.	0	0	0
	N° 14 (Duchamp)	Bloch.	2 entérotomes. Entérorraphie.	0	+	1 an et 6 mois.	?
	N° 16 (Anschutz).	Mickulicz (2 temps).	0	Embolie artère pulm. 5e jour.	0	0	0
	N° 18 (Anschutz).	Mickulicz.		+ pneumonie.	0	0	0
	N° 21 (Anschutz).	Mickulicz (2 temps).	2 entérotomes.	0	+	1 mois.	1 an 3 mois.
	N° 22 (Anschutz).	Colostomie. Mickulicz (2 temps).	2 entérotomes. Echec 2 anus.	0	+	5 mois.	9 mois 25 jours mort ?
	N° 23 (Anschutz).	Colostomie. Mickulicz (3 temps).	1 entérotome. Fermet. 2 anus.	0	+	2 mois.	3 ans.
A reporter.....	*12 observations.*			*3 morts.*	*9 guérisons.*		

TABLEAU IV. — **Cancers gauches sans occlusion.** (*Suite*).

	NOMBRE DE CAS	PROCÉDÉ OPÉRATOIRE	FERMETURE DE L'ANUS	MORTS	GUÉRISONS	DURÉE TRAITEMENT	SURVIES
Report.....	*12 observations*			*3 morts*	*10 guérisons*		
Anse sigmoïde. (*Suite*).	N° 24 (Anschutz).	Colostomie. Mickulicz (3 temps).	2 entérotomes. Fermet. fistulette.	0	+	3 mois.	6 ans 3 mois.
	N° 25 (Anschutz).	Colostom. Mickulicz.	4 entérotomes. Fermet.	0	+	5 mois 23 jours.	5 ans.
	N° 30 (Anschutz).	Mickulicz (3 temps).	2 entérotomes. Fermet.	0	+	5 mois 23 jours.	11 mois récidive.
	N° 31 (Anschutz).	Mickulicz (3 temps).	+ entérotomes Fermet.	0	+	3 mois 19 jours.	6 mois. Métastase hépatique.
	N° 38 (Anschutz).	Mickulicz (2 temps).	2 entérotomes. Fermet.	0	+	4 mois 5 jours.	7 ans.
	N° 51 (Hartman).	Hartmann	0	0	+	?	9 mois.
	N° 54 (Peterman).	Mickulicz (2 temps).	0	+ périton. 8e j. gangr. anse aff.	0	0	0
	N° 59 (Peterman).	Mickulicz (2 temps).	Entérotome. Fermet.	0	+	2 mois 1/2.	1 an 3 mois. Bouche rétrécie. Péritonite.
	N° 62 (Peterman).	Mickulicz (2 temps).	3 entérotomes. Fermet.	0	+	4 mois 13 jours.	3 mois. Carcinomat. périton.
	N° 63 (Peterman).	Mickulicz (2 temps).	1 entérotome. Fermet.	0	+	3 mois 7 jours.	Quelques mois. Carcinomat. hépat.
	N° 64 (Peterman).	Mickulicz (2 temps).	1 entérotome. Fermet.	0	+	2 mois 7 jours.	2 ans
	N° 65 (Peterman).	Mickulicz (2 temps).	1 entérotome. Fermet.	0	+	?	8 mois. Cachexie.
	N° 66 (Peterman).	Mickulicz (2 temps).	1 entérotome. Fermet.	0	+	?	2 ans.
	N° 67 (Peterman).	Mickulicz (2 temps).	1 entérotome. Fermet.	0	+	Revient avec bouche rétrécie. Opération.	1 an. Carcinomat. hépat.
	N° 68 (Peterman).	Mickulicz (2 temps).	1 entérotome. Fermet. fistulette qui se ferme	0	+	?	1 an. Carcinomat. périton.
	N° 69 (Peterman).	Mickulicz (2 temps).	1 entérotome. Fermet.	0	+	6 mois 6 jours.	1 an 1/2.
	N° 70 (Peterman).	Mickulicz (2 temps).	1 entérotome. Fermet.	0	+	Revient en iléus. Bouche rétrécie. Opérat.	1 an.

			fistulette.			par rétréc. bouche.	
	N° 73 (Péterman).	Mickulicz (2 temps).	2 entérotomes. Fermet.	0	+	?	4 mois.
	N° 74 (Denk).	Mickulicz (3 temps).	1 entérotome. Fermet.	0	+	4 mois 29 jours.	3 ans.
	N° 75 (Denk).	Mickulicz (3 temps).	Suture circulaire.	0	+	4 mois 23 jours.	3 ans 9 mois.
	N° 81 (Denk).	Mickulicz (3 temps).	0	0	+	?	?
	N° 83 (Denk).	Mickulicz (3 temps).	0	0	+	Encore en traitement.	0
	N° 85 (Denk).	Mickulicz (3 temps).	0	0	+	Encore en traitement.	0
	N° 97 (Finkelstein).	Mickulicz (2 temps).	0	+ péritonite.	0	0	0
	N° 99 (Rotter).	Mickulicz (2 temps).	Entérotome. Fermet.	0	+	?	1 mois, récid. paroi.
Anse	N° 100 (Rotter).	Mickulicz (2 temps).	Entérotome.	0	+	?	3 mois, pyonéphrose
sigmoïde.	N° 101 (Rotter).	Mickulicz (2 temps).	Echec.	0	+	?	Erysipèle.
	N° 104 (Souligoux).	Bloch.	Entérorr. ap. entérect.	0	+	?	3 ans 1/2.
(*Suite*).	N° 105 (Souligoux).	Bloch.	Entérorr. ap. entérect.	0	+	2 récid. locales opérées.	3 ans, cancer grêle.
	N° 106 (Souligoux).	Colostomie. Bloch.	?	0	+	3 mois.	2 ans quelq. mois. carcinomat. périt.
	N° 107 (Peyrot).	Bloch.	?	0	+	?	5 ans.
	N° 110 (A. Schwartz)	Bloch.	0	0	+	?	11 mois.
	N° 114 (Quénu).	Anus cæcal. Quénu.	Fermeture.	0	+	?	16 mois, récidive, petit bassin.
	N° 115 (Quénu).	Quénu.	0	0	+	?	?
	N° 116 (Quénu).	Quénu.	?	0	+	?	?
	N° 117 (Quénu).	Anus cæcal. Quénu.	Fermeture des 2 anus.	0	+	?	6 ans 1/2.
	N° 118 (Quénu).	Quénu typique.	0	0	+	Encore en traitement.	0
A. Sigmoïde.	51 observations			5 morts.	46 guérisons.		
Cancers gauch.	74 observations			8 morts.	66 guérisons.		

OBSERVATIONS

Observation 1.

Obs. 1 de Bloch (1892) (1). — *Cancer du côlon pelvien. — En occlusion. — Opération par le procédé de Bloch (1er temps : extériorisation ; 2e temps : résection et entérorraphie circulaire. Echec.) — Fermeture de l'anus par résection intestinale. Guérison. — Durée du traitement : 4 mois et 21 jours. — Survie de 6 mois 19 jours. Mort récidive hépatique.*

Un menuisier de 36 ans, Seau S..., fut reçu le 11 novembre 1890 avec le diagnostic d'occlusion intestinale, due probablement à une invagination. On diagnostique la présence dans l'S iliaque d'un rétrécissement que l'on suppose être de nature cancéreuse.

Opération (9 janvier 1891). — Incision de 8 centimètres dans la fosse iliaque. gauche. Le côlon pelvien dans lequel on sent une partie dure et tuméfiée est attiré à l'extérieur après ligature et section d'une adhérence de l'épiploon. On fixe environ 25 centimètres d'intestin à la paroi abdominale d'après la méthode de Maydl, avec une baguette de verre recouverte de gaze iodoformée qu'on passe à travers le méso-côlon, et aussi au moyen de sutures au catgut.

(1) Bloch. In *Nord. Medic. Archiv*, 1892.

Au milieu de l'anse herniée se trouve la partie cancéreuse, longue d'environ 6 centimètres. La plaie de la paroi abdominale est diminuée par des sutures au catgut. A l'aide du thermo-cautère, l'ouverture de l'intestin est pratiquée transversalement au-dessus du point de stricture, et sur une longueur de 4 à 5 centimètres. On introduit un drain très large dans le bout afférent de l'intestin. Pansement. Les matières s'écoulent à travers l'anus contre nature.

Le 8 février, les adhérences entre l'intestin et la paroi abdominale étant très solides, on resèque le segment cancéreux, et on fait une anastomose termino-terminale en dehors de la cavité péritonéale, sans aucun danger. Malheureusement, les sutures lâchent et 15 jours après, la plaie est remplie de matières fécales.

On surveille la récidive pendant 114 jours, et *le 31 mai 1891*, on procède à la cure de l'anus contre nature en faisant une résection suivie d'une anastomose bout à bout après ouverture de la cavité péritonéale. Guérison. Le 19 décembre 1891, le malade succombe à un cancer du foie, soit 6 mois 19 jours après la fermeture de l'anus.

Observation 2.

Obs. II de Allingham (1894) (1). — *Cancer du côlon pelvien. — Obstruction intestinale chronique. — Opération par le procédé de Bloch (extériorisation, résection 10 jours après). — Pas de fermeture de l'anus. — Guérison opératoire. — Survie?*

En octobre 1892, je vis Mme S..., âgée de 54 ans en consultation avec le Dr W. Neale. La malade racontait l'histoire suivante : elle avait toujours été sujette à la constipation, mais constipation qui, l'année précédente, avait été plus tenace. Environ 6 semaines avant que nous la vîmes, elle fit brusquement de l'obstruction intestinale. Son médecin lui administra

(1) Allingham. *Transactions of the Med. Society of London.* 1893, t. (XXXVI), p. 140.

des purgatifs extrêmement puissants qui aboutirent à l'évacuation d'une petite selle liquide. Elle n'avait jamais eu de mœlena.

Quand je la vis avec le Dr Neale, elle avait un facies abdominal, la langue chargée. Les jours précédents, elle avait vomi à plusieurs reprises. Le pouls était petit et rapide. L'abdomen était très distendu, sans dureté, mais avec du tympanisme péri-ombilical et de la matité dans les flancs. On ne put déceler aucune tumeur et l'examen du rectum fut négatif.

Le diagnostic probable de cancer du gros intestin étant porté, on fit une incision dans la fosse iliaque gauche, en dedans de l'épine iliaque antérieure et supérieure. Le gros intestin était distendu. En introduisant ma main dans la cavité abdominale, je sentis dans le Douglas une masse qui y était prolabée; je la fis sortir par l'incision cutanée et portai le diagnostic de cancer de la flexure sigmoïde.

La tumeur et environ 14 pouces de l'intestin furent extériorisés, et l'on sutura alors le péritoine pariétal tout autour de la tumeur.

J'ouvris alors l'intestin au-dessus du cancer, mais à ma grande surprise aucune matière ne sortit. J'ouvris alors l'intestin au dessous du néoplasme, et les matières firent issue. J'introduisis un tube de Paul dans le bout inférieur et pendant trois jours les matières s'écoulèrent dans un bassin placé sous le lit par l'intermédiaire d'un tube de caoutchouc. L'abdomen diminua rapidement de volume, et 10 jours après je pratiquai la résection de la masse cancéreuse après avoir posé un clamp à la base de la tumeur. Au bout de 36 heures, le clamp fut enlevé. La malade resta avec un anus contre nature.

Observation 3.

Obs. II de Bloch (1894) (1). — *Cancer du côlon descendant. — Pas d'obstruction. — Opération par le procédé de Bloch (extériorisation après décollement; résection 15 jours*

(1) Bloch. In thèse Chavannaz, Bordeaux, 1894

après). — Pas de fermeture de l'anus. — Guérison opératoire. — Survie?

Sophie K..., 24 ans, mariée, entre à l'hôpital le 22 mars 1894. Douleurs dans la fosse iliaque gauche depuis 1 an. Ces douleurs s'accompagnent bientôt de coliques violentes avec péristaltisme. Vomissements dans les trois derniers jours qui ont précédé celui de l'entrée à l'hôpital. Tuméfaction dure et ferme dans le côté gauche du ventre au-dessus de l'épine iliaque antéro-supérieure... L'huile de ricin et les grands lavements qui sont prescrits font disparaître les accidents. La malade refuse l'opération et rentre chez elle le 6 avril.

Le 20 avril, retour de la malade à l'hôpital en crise d'occlusion incomplète. Le 26 avril, sous l'influence de l'huile de ricin, la malade a 10 selles abondantes : il est alors possible de sentir à nouveau la tumeur et de la localiser.

Opération le 5 mai 1894. — Incision le long du bord externe du grand droit du côté gauche. On trouve facilement un cancer du côlon descendant. Le péritoine est incisé au point où le méso-côlon se continue avec le péritoine pariétal, ce qui permet d'une manière surprenante la mobilisation de la tumeur. On isole très bien l'intestin malade et on l'attire au dehors, tandis que le reste de l'intestin est maintenu dans l'abdomen au moyen de compresses de gaze stérilisée.

Afin de mobiliser complètement la masse cancéreuse qui gagne le côlon transverse, on incise le méso-côlon du côté droit du coude splénique.

Le processus cancéreux est tellement étendu sur le péritoine pariétal que l'opérateur se demande si la malade pourra supporter l'opération.

L'épiploon est lié en partie.

Trois baguettes de verre entourées de gaze iodoformée sont passées à travers le méso-côlon, afin de maintenir au dehors et la partie cancéreuse et les parties saines avoisinantes. On diminue l'angle inférieur de la plaie au moyen de 4 sutures dans le péritoine et 4 sutures dans la paroi musculaire. Afin de diminuer la plaie péritonéale, on réunit les 2 lèvres de sa portion moyenne au moyen d'une suture en

surjet. Cette suture est faite au catgut, et le fil est passé chaque fois à travers le méso-côlon. La portion d'intestin ainsi fixée au dehors mesure 20 centimètres. Le lendemain, émission de gaz et de matières par l'anus.

Le 17 mai, c'est-à-dire 12 jours après la première intervention, incision de l'intestin au-dessus de la tumeur, incision portant seulement sur le 1/3 de la circonférence. La baguette de verre placée au milieu est enlevée.

Le 20 mai, c'est-à-dire 15 jours après la première intervention, on procède à la résection de la tumeur en attaquant d'abord le bout central, puis la moitié périphérique. Le bout central est fixé à la peau par plusieurs points de suture ; quant au bout périphérique, son ouverture est suturée par 16 points muqueux et quelques points à la Lambert.

La partie qui sépare les 2 bouts d'intestin a 4 centimètres de largeur et 6 centimètres de longueur.

Le 3 juin, la malade se lève ; l'état général s'améliore.

Le 2 juillet, la malade sort avec une cicatrice de 4 centimètres en bon état séparant les 2 bouts d'intestin.

Le 13 septembre 1894, c'est-à-dire 3 mois après la première opération, la malade qui a beaucoup engraissée, peut se livrer à ses occupations habituelles.

Observation 4.

Obs. de Hahn (1894) (1). — *Cancer de l'angle splénique. — Obstruction intestinale : colostomie droite. — Opération de Bloch. (extériorisation ; résection quelques jours après). — Fermeture des deux anus par procédé inconnu. — Guérison opératoire. — Survie ?*

Il y a quelques années, il a eu à soigner une femme de 70 ans avec ileus et collapsus. Il commence par faire une colostomie droite. La malade supporte bien l'opération et se remet rapidement.

(1) Hahn. *Berliner klin. Wochenscrift*, 1894, p. 276.

Quelques semaines après, il fait le diagnostic d'obstacle colique, siégeant probablement au niveau de l'angle splénique ; et comme la malade veut être débarrassée de son anus contre nature, il fait une laparotomie médiane, recherche l'angle gauche et trouve à ce niveau un néoplasme, bien qu'à la palpation on n'ait pas senti de tumeur. Il refoule le néoplasme vers la partie gauche de la paroi abdominale qu'il incise. Par cette incision, *il extériorise* la tumeur qu'il *résèque* quelques jours après. La malade resta pendant un certain temps avec ses deux anus, mais il put les refermer l'un et l'autre et la malade guérit définitivement.

Observation 5.

Obs. de Walter Edmunds (1894) (1). — *Cancer du cæcum. — Pas d'obstruction. — Opération de Volkmann plutôt qu'extériorisation. — Pas de fermeture de l'anus. — Guérison opératoire. — Mort sans récidive après 5 ans, 10 mois, d'affaiblissement progressif.*

Le malade, un homme de 62 ans, fut admis à l'hôpital Saint-Thomas en septembre 1889. Deux ans et demi avant son admission il eut une crise douloureuse épigastrique intense, un an avant des vomissements apparaissant quelquefois le matin ; enfin, il y a 5 mois, il remarqua une petite grosseur dans sa fosse iliaque droite ; graduellement, cette grosseur augmenta de volume. Il y a 6 semaines il rendit une assez considérable quantité de sang dans ses selles. Mais le malade ne fut jamais constipé.

État à l'entrée. — Bonne santé générale. Il existe dans la région de la fosse iliaque droite, une tuméfaction du volume d'un œuf d'oie, mobile. On fit le diagnostic de tumeur maligne, et on résolut d'intervenir.

Après laparotomie iliaque droite, on découvrit un cancer du cæcum. Cæcum, côlon ascendant, terminaison de l'iléon

(1) W. Edmunds, *Clinical Society's transactions*, vol. XXVII, p. 6, 1894. vol. XXX, p. 3.

furent extériorisés, puis reséqués, séance tenante. On termina l'opération par l'abouchement des 2 bouts à la peau. Le malade guérit, mais on ne ferma pas l'anus contre nature qui détermina l'apparition d'un eczéma rebelle. De plus un prolapsus intestinal apparut au niveau de l'orifice iléal.

Le malade mourut au bout de 5 ans, 10 mois, d'affaiblissement général hâté par l'alcoolisme, mais sans récidive.

Observation 6.

Obs. 2 de Walter Edmunds. 1894 (1). — *Cancer de la flexure. Pas d'obtruction aiguë — Opération de Hochenegg (extériorisation; 4 jours après résection avec suture circulaire, échec). — Fermeture anus difficile anast. latéro-latér. par l'abdomen, puis section du pont intermédiaire; 15 mois après fistulette qui se ferma spontanément); Durée du traitement : plus de 6 mois. — Survie de 3 ans, 3 mois. Mort de récidive.*

Le malade, un homme de 54 ans, fut admis à Saint-Thomas en juin 1892. Six mois avant son admission il avait souffert de l'abdomen; il était en outre très constipé, bien que jusqu'alors il allât régulièrement à la selle. Trois semaines avant son entrée à l'hôpital, il fit une crise d'obstruction intestinale.

A l'examen, le malade présentait une énorme distension de l'abdomen. On porta le diagnostic de tumeur maligne du gros intestin et on décida de faire une laparotomie exploratrice. On découvrit un carcinome de la flexure. L'intestin malade fut extériorisé, et un tube de verre passé à travers le mésentère. Au bout de 4 jours, on fit l'ablation de l'intestin cancéreux, du mésentère et des ganglions qu'il contenait, et on réunit par une suture circulaire les 2 bouts de l'intestin. Les matières commencèrent à passer par l'anus.

Malheureusement 4 jours après la première intervention, les sutures lâchèrent et un anus contre nature se forma.

(1) *Ibid.* Obs. 5.

3 mois après l'opération, le malade réclama la fermeture de son anus; on fit par le ventre une anastomose latérale entre les deux bouts de l'intestin. Les matières continuèrent à passer par l'anus contre nature bout supérieur. Trois mois après on essaya de fermer le bout supérieur, mais les matières passant encore par le bout inférieur souillèrent la plaie, et les sutures du bout supérieur lâchèrent. On résolut alors de mettre en communication l'anastomose intestinale et les 2 bouches en sectionnant avec un fil de soie le pont intermédiaire. C'est ce qui fut fait : il en résulta un anus unique qui se ferma peu à peu de telle sorte que quinze mois après l'opération le malade en bonne santé ne présentait plus qu'une petite fistulette.

Le malade mourut 3 ans et 3 mois après, de récidive.

Observation 7.

Obs. F. de C. Studsgaard (1894) (1). — *Cancer du côlon pelvien. — Obstruction chronique. — Opération de Bloch (extériorisation avec ouverture du bout supérieur; résection 18 jours après). — Pas de fermeture de l'anus. — Durée de traitement 3 mois. — Pas de récidive 6 mois après.*

Femme de 42 ans. Constipation et douleurs abdominales; depuis 3 semaines, elle doit garder le lit. Perte de l'appétit, vomissements : ceux-ci ont été fécaloïdes ces jours derniers. Les lavements n'ont produit aucune amélioration. Jamais de sang dans les selles.

Le ventre se ballonnant de plus en plus, et devenant de plus en plus douloureux, la malade entre le 24 juin 1892 à l'hôpital : langue sèche; pouls petit, irrégulier; facies grippé; ventre modérément gonflé mais péristaltisme; submatité à la percussion dans les flancs; sensibilité et ballonnement plus marqués à gauche. Aucune tumeur perceptible.

Le 25 juin 1892. — Cœléotomie iliaque gauche; issue d'un liquide ascitique abondant, clair et citrin; fixation de l'intestin

(1) Studsgaard. Nogle Tillfalde af. Tarmresektion. *Nord Med. Archiv.* 1894, n° 6.

à la paroi à l'aide de deux paires de sutures, et d'une baguette passée dans le mésentère. Ouverture du bout supérieur de l'intestin, issue abondante de matières et affaissement du ventre. Le 27, il sort par l'anus artificiel des noyaux de cerise, des pépins d'orange et de pomme.

Le 13 juillet, on résèque l'S iliaque, avec la tumeur qu'elle porte et un coin mésentérique : pas de ganglions hypertrophiés.

Exeat le 28 septembre 1892.

La malade revue le 23 mars 1893 ne présentait pas trace de récidive, allait très bien et avait des selles normales.

Observation 8.

Obs. G. de Studsgaard (1894) (1). — *Cancer S iliaque. — Pas d'obstruction aiguë. — Opération de Hochenegg (extériorisation avec ouverture de l'anse afférente; résection 25 jours après avec anastomose termino-terminale. — Echec et fistule). — Pas de fermeture de l'anus. — Durée du traitement 2 mois, 26 jours. — Survie?*

Femme de 65 ans. En juillet 1892, apparaissent de la constipation, des douleurs et des vomissements; l'appétit diminue, le ventre se ballonne. Les accidents se répètent, mais disparaissent momentanément avec les laxatifs. Jamais de sang dans les selles. Après chaque période de constipation, les selles étaient d'abord dures, puis liquides.

La malade entre à l'hôpital le 6 septembre 1892. Le 8 septembre, examen sous chloroforme : pas de tumeur perceptible dans le petit bassin. Un lavement administré ressort clair. Toucher rectal négatif. Résistance au-dessus de l'arcade de Fallope, mais la tension du ventre empêche la palpation profonde.

Le 9 septembre 1892, laparotomie oblique latérale gauche. On attire l'S iliaque au dehors sur une longueur de 10 centi-

(1) *Ibid.*, obs. 7.

mètres, et on le fixe à la paroi. Au cours de cette manœuvre, elle fut un peu déchirée.

Le 10, on ouvre l'anse afférente au thermo-cautère : il sort des gaz et des matières en abondance. Dans la suite, la malade fit une pneumonie.

Le 4 octobre 1892, on résèque l'S iliaque, et on fait une suture circulaire des deux bouts de l'intestin. Drainage après fermeture de la paroi. Gaz le 6. Selle spontanée le 8. La convalescence est retardée par la formation d'une fistule. Le 2 décembre, il existe encore une fistulette. Plus tard, agrandissement de la fistulette. Pas de récidive.

Observation 9.

Obs. de Caird (1895) (1). — *Cancer S iliaque. — En obstruction. — Opération de Hochenegg (extériorisation avec fistulisation bout afférent : résection 20 jours après avec entérorraphie circulaire. Echec et fistulette). — Pas de fermeture de la fistulette. — Durée de traitement : plus d'un mois? Survie?*

Homme de 60 ans, fort et en bon état. Il y a 3 semaines, il avait eu une crise d'obstruction peu violente. Depuis, constipation et amaigrissement. Entre pour obstruction intestinale.

Opération le 19 mars 1895. — Incision. Une anse distendue de l'S iliaque est attirée à la plaie et en tirant sur son extrémité distale une masse carcinomateuse, suivie d'une anse vide et affaissée vient à se montrer. Le tout est laissé en dehors de la plaie et un anus artificiel est établi en fixant un tube de Paul au-dessus du rétrécissement cancéreux, avec l'intention de réséquer ce dernier ultérieurement.

Le 9 avril, résection de la tumeur et entérorraphie circulaire. Suites normales. Un peu plus tard, l'abcédation d'un point de suture occasionne une fistule fécale de forme valvulaire à l'heure qu'il est et n'admettant qu'un simple crayon.

(1) Caird. In Bovis. *Revue de Chirurgie*, 1900.

Bien que les gaz s'échappent parfois, le malade vaque cependant à ses occupations sans grand ennui. Une opération plastique sera peut-être nécessaire pour clore la fistule.

Observation 10.

Obs. de F. Marsh (1897) (1). — *Cancer Siliaque. — Obstruction intestinale complète. — Opération de Bloch (extériorisation avec fistulisation de l'anse afférente, résect. 11 jours après). — Fermeture anus 3 mois et 20 jours après résection par résect. de anus et anastom. au bouton de Murphy. — Durée du traitement : 4 mois. — Guérison depuis 8 mois.*

Femme âgée de 32 ans qui fut admise à l'hôpital Birmingham, le 22 juillet 1896 pour une obstruction intestinale chronique d'une durée de 5 mois, mais devenue complète depuis 10 jours.

L'abdomen était tympanisé et très tendu à la palpation.

On ne put trouver rien de particulier par le toucher rectal et vaginal.

Le 22 juillet 1897, on fit une laparotomie médiane exploratrice et on tomba sur une tumeur maligne de la partie supérieure du côlon pelvien. On referma alors l'incision médiane et on fit une nouvelle incision dans la fosse iliaque gauche. On extériorisa la tumeur par cette incision et on passa un tube de verre à travers le méso-côlon. Le jour suivant on fit une petite incision sur le bout supérieur pour donner issue aux matières, et le 31 juillet on enleva au thermo-cautère la tumeur en laissant un anus contre nature. 18 jours après la malade quittait l'hôpital dans un état très satisfaisant.

Le 10 novembre, la malade rentre à l'hôpital, et le 20 novembre, après incision elliptique, on libéra les deux bouts de l'intestin, l'inférieur étant un peu atrophié, et on fit une anastomose au bouton de Murphy. La malade est maintenant en bonne santé (mars 1897), 8 mois après l'opération.

(1) F. Marsh. *Lancet*, 27 mars 1897.

Observation 11.

Obs. de Vautrin (1897) (1). — *Cancer S iliaque. — Pas d'obstruction. — Opération de Bloch, mais avec résection immédiate. — Cure de l'anus difficile : entérotome à deux reprises. — Durée du traitement : plus de 3 mois? — Guérison mais survie inconnue.*

J'ai réalisé en 1890, l'opération que Reclus avait proposé d'exécuter pour une petite tumeur de la grosseur d'une mandarine qui siégeait dans la fosse iliaque interne, sur la partie supérieure de l'S iliaque. Ce néoplasme que je croyais développé dans les plans profonds de la paroi abdominale était un épithélioma cylindrique de l'intestin ainsi que l'analyse le démontra. J'amenai cette tumeur qui n'avait pas encore déterminé de troubles sérieux en dehors de l'abdomen et je fixai les 2 bouts d'intestin en canons de fusil dans la plaie pour établir un anus contre nature. Ceci fait, la tumeur fut réséquée au thermo-cautère. L'opéré supporta cette opération sans aucun accident, et trois mois plus tard revint me demander de tenter la cure de l'anus artificiel. Cette cure fut assez longue à obtenir et nécessita l'emploi de l'entérotome à deux reprises. Enfin l'opéré guérit et je ne le revis plus.

Observation 12.

Obs. de Quénu (1899) (2). — *Cancer S iliaque. — Pas d'obstruction. — Extériorisation avec fistulisation anse afférente, puis résection avec anastomose iléo-côlo-rectale, et abouchement du bout supérieur à la peau, 1 mois et demi après. — Mort : péritonite 3e jour.*

Femme de 61 ans. En septembre 1899, début par des douleurs siégeant au-dessous de l'ombilic et irradiées dans l'aîne.

(1) In thèse Lardennois, 1898-99.
(2) In thèse Duval. Paris, 1901.

Au début de mars, phénomènes d'obstruction qui cessent par atténuation progressive des symptômes. Laparotomie médiane *le 19 mars*.

Cancer annulaire du côlon pelvien, type sigmoïde bas. On extériorise simplement l'anse colique pelvienne que l'on ponctionne. Cette simple opération palliative était commandée par l'état général de la malade. Suites tranquilles. Deuxième intervention *le 4 mai*. Opérateur M. Quénu. Suture de la colostomie. Libération des adhérences entre l'anse extériorisée et la paroi abdominale. Résection de l'anse pelvienne y compris le néoplasme. Le bout supérieur est abandonné momentanément. Anastomose entre la dernière anse iléale et le côlo-rectum. En dernier lieu, le bout supérieur est fistulisé à la paroi dans la fosse iliaque gauche. Les 5 et 7 mai, bon état général ; fonction intestinale bien rétablie, urines suffisantes. Le 6 au soir la température monte brusquement à 37°8, délire. Mort à 4 heures du matin.

Observation 13.

Obs. de Gœschel. (1900) (1). — *Cancer côlon descendant. — Pas d'obstruction aiguë. — Opération de Bloch (extériorisation et 3 jours après résection et tube dans bout supérieur). — 18 jours et 21 jours après 2 entérotomes. Cure de l'anus 10 jours encore après. — Durée du traitement : plus de 2 mois et 4 jours. — Guérison et survie de 1 an et 5 mois.*

Homme de 44 ans. Depuis 5 ans, troubles d'obstruction chronique.

A l'examen : état général satisfaisant ; tumeur bien délimitable à gauche.

Le 7 décembre 1900, laparotomie gauche et basse. On trouve une tumeur grosse comme le poing sur le côlon descendant On libère la tumeur et on l'extériorise. Le 10, ablation de

(1) Gœchel, in thèse Cavillon, Lyon 1905.

l'anse gangrénée et installation d'un tube de drainage. Le 28 et le 1er février on met la pince à anastomose de Krause. Le 11 février 1901, cure radicale de l'anus. Le 3 août 1902, le malade est en excellent état.

Observation 14.

Obs. de Duchamp (1902) (1). — *Cancer partie inférieure S iliaque. — Obstruction chronique. — Opération de Bloch, (extériorisation et ponction sur anse afférente; 40 jours après résection). — Fermeture anus après 2 applications d'entérotome le 31 mars 1903. — Durée du traitement : 18 mois. — Guérison opératoire. Survie.*

Les accidents remontent à 2 mois. Antérieurement, aucun trouble digestif. Mais depuis, coliques et diarrhée. Il entre en septembre 1901 dans un état de demi-obstruction : coliques violentes, émissions gazeuses suspendues, contractions péristaltiques. Rien au toucher rectal.

Le 22 septembre 1901, laparotomie médiane, côlon descendant dilaté. On trouve sur la portion terminale de l'S iliaque une tumeur, profondément placée et inaccessible par l'incision médiane. On fait une nouvelle incision à gauche parallèle à l'arcade. La tumeur est luxée au dehors et extériorisée; on passe une mèche de gaze au-dessous de la tumeur pour la suspendre. Quarante-huit heures après on incise au thermo-cautère le bout supérieur. Quarante jours après, on fait 2 ligatures élastiques sur les bouts intestinaux et le lendemain 2 sections sont faites sur les zones sphacélées. Il en résulte l'établissement d'un anus contre nature qui fonctionne bien. Le 11 décembre, la malade revient dans le service, désirant être débarrassée de son anus. Le 18 décembre, 1re tentative, difficile à cause de la rétraction du bout inférieur. En avril 1903, application de l'entérotome de Maisonneuve. En mai 1905, nouvelle application, l'instrument tombe au bout d'une semaine. Fermeture de la fistule intestinale le 31 mai. Guérison.

(1) In thèse Nicaud, Lyon 1902.

Observation 15.

Obs. de Hochenegg (1902) (1). — *Cancer : côlon transverse (milieu). — Iléus. — Opération typique de Hochenegg (extériorisation, fistulisation bout sup. avec tube de verre. — 10 jours après résection, suivie de suture circulaire et de fermeture de la paroi. — Durée du traitement non spécifiée. — Guérison. Survie?*

Malade âgée de 76 ans qui présente de l'iléus un mauvais état général. Le diagnostic local est impossible à faire.

Opération, le 11 juin 1894. — Laparotomie : on trouve un carcinome du côlon transverse, circulaire, refoulé à gauche par une dilatation énorme du côlon. Comme il n'y aurait certainement par congruence des 2 bouts, on procède à des tractions pour amener le néoplasme dans la plaie. *Extériorisation.*

Mèche de gaze à travers le méso-côlon. Rétrécissement par sutures des angles de la plaie. Dans l'après-midi on fait une petite ouverture au-dessus du cancer, ouverture dans laquelle on introduit un tube en verre.

Grâce à cet anus, l'état général s'améliore, et au bout de 10 jours, l'intestin étant complètement vidé. On pratique (21 juin) *la résection* du carcinome; on fait suivre cette résection d'une suture circulaire des 2 bouts de l'intestin. Fermeture de la paroi abdominale. Guérison.

Observation 16.

Obs. 96 d'Anschutz (1906) (2). — Homme de 71 ans. Il y a 3 mois, hémorragie par le rectum. Depuis 4 semaines, ténesme, évacuation de matières liquides muco-sanguinolentes. Depuis

(1) *Congrès Allemand de Chirurg.* 1868 et 1902. *Arch. f. klin. Chir.* t. LXVIII, p. 172.

W. Anschutz. — Beiträge zur Klin. des Dickdarmkrebses. *Mitteilungen aus den Grenzgeb. der Med. und Chir.* Dritter Supplement Baudbevenkbaud f. s. Von Mickulicz, 1906, p. 488.

janvier 1903, malade très amaigri et constipé. Sang et mucus dans les selles. Douleurs dans la région inguinale gauche, qui se propage vers l'hypocondre gauche. Le malade refuse l'opération.

Le 8 février 1903, le malade revient avec un léger météorisme, mais *pas d'iléus*.

Opération de Mickulicz le 18 février 1903. — On trouve une tumeur à la partie moyenne *de la flexure*. Dans le mésocôlon sont des ganglions cancéreux que l'on enlève. On lèse une grosse artère que l'on doit lier. La tumeur est mobilisée et extériorisée à la partie inférieure de la plaie. *Résection immédiate.* Tube de verre dans les 2 bouts. Le 21 février, les moignons extériorisés sont gangrénés. Le 23 février, évacuation de matières par l'anus contre nature. Le 24, infiltration dans la région de la suture. *Mort* d'embolie de l'artère pulmonaire.

Observation 17.

Obs. 97 d'Anschutz (1906). — Homme de 47 ans. Il y a 1 an, le malade ressentit des douleurs dans la fosse iliaque droite. Il y a 6 mois, symptômes de sténose avec vomissements. Amaigrissement de 20 kilogrammes. A l'examen, au-dessous de l'ombilic, tumeur ovale, indolente, dure, très mobile, qui disparait quand on insuffle l'intestin ou quand on donne un lavement au malade.

Opération de Mickulicz le 1er juin 1904. — On trouve une tumeur circulaire sténosante du *côlon ascendant*, sans adhérences, mais avec quelques ganglions. Extériorisation du côlon ascendant et de 10 centimètres d'iléon.

Résection 1 jour après. Le 2 juin mauvais état général. *Mort* le 5 juin de collapsus.

Observation 18.

Obs. 98 d'Anschutz (1906). — Homme de 54 ans. Depuis 2 ans, constipation et sang dans les selles, amaigrissement.

Depuis 3 semaines, douleurs dans la fosse iliaque gauche. A l'examen, on sent une résistance à gauche, dans la partie inférieure de l'abdomen, près de la ligne médiane, un peu sensible à la pression et mobile.

Opération de Mickulicz le 11 mars 1903. — On trouve une tumeur circulaire dure de la *flexure sigmoïde*, sans ganglions, ni adhérences. Extériorisation typique sans difficulté. *Mort* le 27 mars de pneumonie.

Observation 19.

Obs. 99 d'Anschutz (1906). — Femme de 61 ans. Depuis 8 mois, souffre de coliques durant 1 à 2 jours, avec vomissements. Depuis 3 semaines, les vomissements sont devenus plus fréquents.

A l'examen, on sent une résistance à droite dans la partie supérieure de l'abdomen.

Opération de Mickulicz le 3 décembre 1901. — On trouve une tumeur, du volume d'un œuf d'oie, *au niveau de l'angle hépatique*. On libère le côlon ascendant et le côlon transverse, et on enlève une portion assez grande de mésentère qui contenait quelques petits nodules cancéreux,

On extériorise 20 centimètres d'intestin. Quand l'opération est finie, l'anse afférente est un peu cyanosée, mais la paroi saigne. *Le 4 décembre*, *résection*, mais le 17 décembre, des parties nécrosées s'éliminent.

Le 27 décembre, 1er entérotome. Le 13 janvier 1902, 2e entérotome.

Le 23 janvier, affaiblissement. *Mort.* A l'autopsie, *métastase* dans la colonne vertébrale, paquets de ganglions entre l'aorte et la veine-cave.

Observation 20.

Obs. 100 d'Anschutz (1906). — Homme de 43 ans, ayant eu, il y a 17 ans, un ulcère de l'estomac, et depuis des hématémèses, de temps à autre.

Il y a sept mois, douleurs abdominales et depuis, constipation.

Depuis 8 jours, douleurs plus fortes ; on trouve à l'examen, dans la partie droite du ventre, une tumeur allongée à surface irrégulière, très douloureuse à la pression, mais se déplaçant facilement.

Opération de Mickulicz le 15 avril 1903. — On trouve, à la partie initiale du côlon ascendant, une tumeur sténosante.

Il y a quelques ganglions augmentés de volume dans *l'angle iléo-cæcal.* Libération du cæcum, du côlon ascendant et de 20 centimètres d'iléon; et même, à cause de la présence de ganglions, on doit pousser la libération jusqu'au côlon transverse. Fixation de l'iléon au transverse et extériorisation typique. *Le 16 avril, résection. Le 1er mai, entérotome. Le 12 mai, idem.* Le 29 mai 1903, vomissements. On fait une laparotomie; on évacue une ascite sanguinolente. *Mort le 31 mai de carcinomatose péritonéale.*

Observation 21.

Obs. 101 d'Anschutz (1906). — Homme de 67 ans. Il y a 4 semaines, crise d'obstruction intestinale : vomissements, absence de selles et de gaz pendant 4 jours. Amaigrissement. Depuis 5 jours, crise d'obstruction chronique. A l'examen, l'abdomen est dilaté. Au toucher rectal : au-dessus de l'ampoule, on sent une tumeur.

Opération de Mickulicz le 25 août 1905. — On trouve une tumeur à la partie inférieure de la *flexure sigmoïde.* On arrive difficilement, après libération, à attirer la tumeur, et à la rapprocher de la paroi. On fixe le bout efférent sans tension près de la symphyse. L'anse afférente est suturée à l'anse efférente et le péritoine est fermé. *Résection immédiate.* La plaie est laissée ouverte. Tamponnement. Le 30 août, l'anse afférente s'est rétractée dans l'intérieur de l'abdomen. *Le 8 septembre, entérotome. Le 20 septembre, entérotome.* Part avec une pelote.

Vit sans récidive depuis 1 an 3 mois.

Observation 22.

Obs. 102 d'Anschutz (1906). — Homme de 45 ans. Il y a 1 an, crise d'occlusion. Il y a 8 semaines, seconde crise. Depuis 8 jours, *nouvelle crise, pour laquelle on fait un anus cæcal.*

Le 8 octobre 1903, opération de Mickulicz, à froid.

On trouve un *carcinome de la flexure*, mais l'anse est tellement courte qu'on peut à peine l'attirer et la fixer dans la plaie. *Resection immédiate.* A la suite, légère gangrène dans les 2 bouts. 20 jours après, 1er entérotome; 47 jours après, 2e entérotome, mais douleurs.

Le 5 janvier, fistule stercorale. Le 9 mars, le malade *part avec ses deux anus*. Mort le *23 juillet 1904?* Guérison opératoire sans fermeture des anus.

Observation 23.

Obs. 103 d'Anschutz (1906). — Homme de 41 ans. A la fin d'octobre 1903, crise d'occlusion. Au mois de décembre, seconde crise. Puis présence de sang dans les selles, mais dûe à des hémorroïdes. A fin décembre, l'abdomen étant très distendu, *on fait une colostomie sur le transverse.*

Opération de Mickulicz, le 27 janvier 1904. — Extériorisation. Résection 6 heures après. Le 18 février, revient avec 2 anus contre nature, l'un sur la ligne médiane, et l'autre *sur la flexure sigmoïde. Le 19 février*, 1er entérotome. *Le 2 mars, cure de l'anus de l'épigastre.* Le 8 mars, évacuation des selles par l'anus de la flexure. Le 11 mars, fermeture du 2e anus, sans ouverture de la cavité abdominale. Il reste une petite fistule.

Le malade part guéri le 29 mars (durée du traitement : 2 mois). *Sans récidive depuis 3 ans.*

Observation 24.

Obs. 104 d'Anschutz (1906). — Femme de 62 ans. Depuis 8 mois, elle a maigri et l'abdomen s'est progressivement dilaté. Il y a 7 mois, elle eut une crise d'obstruction qui dura 6 jours et qui nécessita un anus contre nature. Depuis, elle eut souvent du sang dans ses selles. Elle vient à la clinique, parce que son anus se rétrécit. Au toucher rectal, on sent une tumeur molle.

Opération de Mickulicz, le 30 octobre 1900. — On trouve sur *la flexure*, une tumeur grosse comme un œuf de poule, peu mobile, mais non adhérente. On l'extériorise. *Résection le 1er novembre. Le 23 novembre,* 1er entérotome. *Le 7 décembre*, 2e entérotome. *Le 18 décembre*, cure de l'anus. Il reste une petite fistulette, et la colostomie faite auparavant se ferme spontanément. *Part guérie le 30 janvier* (durée du traitemen 3 mois). *Sans récidive depuis 6 ans 3 mois.*

Observation 25.

Obs. 105 d'Anschutz (1906). — Femme de 61 ans. Depuis le mois d'octobre 1901, anorexie. Au mois de décembre, crise d'occlusion durant depuis 8 jours; on sent une tumeur par le toucher rectal et le 31 décembre 1901, on fait un anus sur le côlon descendant.

Opération de Mickulicz, le 7 février 1902. — Incision au-dessous de l'anus. On trouve une tumeur sur la flexure sigmoïde grosse comme un œuf de poule. On l'extériorise, et, après avoir fixé les deux anses l'une à l'autre, et avoir fermé le péritoine, *on résèque la tumeur et on termine l'opération par une suture circulaire de l'intestin.* Mais une fistulette se forma, et la malade partit de l'hôpital, avec son anus sur le côlon descendant et une fistule stercorale.

Le 17 mars, entérotome, qu'on est forcé d'appliquer à 4 reprises. *Enfin, le 25 juin*, fermeture de l'anus. Le 1er août, après 5 mois et 23 jours de traitement, la malade sort de l'hôpital. *Vit sans récidive depuis 5 ans.*

Observation 26.

Obs. 106 d'Anschutz (1906). — Femme de 48 ans. Depuis 6 ans, présente des douleurs dans la partie inférieure de l'addomen et souvent des gargouillements, et, de temps à autre, des vomissements alimentaires. Depuis quelques semaines, péristaltisme. Depuis 10 jours, douleurs permanentes et selles paresseuses. A l'examen, on trouve dans la région de la flexure hépatique, une tumeur mobile dans la profondeur, qui ne se déplace pas par insufflation. On fait une laparotomie le 25 janvier 1904 qui se termine par une iléo-transversostomie.

Opération de Mickulicz, le 17 février 1904. — Extériosation de la tumeur de l'angle hépatique. *Le 19 février, résection de la tumeur* et ligature de l'anse efférente avec un fil de soie. Le 24 février, évacuation de matières par les voies naturelles; le 25 février, abcès de la paroi; *le 30 février, fermeture de la fistule.*

Part guérie le 19 avril après 2 mois et 6 jours de traitement.

Sans récidive depuis 2 ans 9 mois.

Observation 27.

Obs. 107 d'Anschutz (1906). — Femme de 65 ans, qui présente depuis 7 mois des troubles digestifs et des selles irrégulières. Depuis 10 jours, elle souffre de coliques sous forme de crampes qui se répètent toutes les 10 minutes, en même temps que surviennent des vomissements et du ballonnement du ventre. Ordinairement constipée; depuis 3 jours, les selles sont diarrhéiques.

A l'examen, malgré le météorisme on arrive à sentir une tumeur dans la partie inférieure de l'abdomen, et à gauche, tumeur mobile et dure.

Opération de Mickulicz le 17 janvier 1900.— On trouve une tumeur de *l'angle splénique*, sans adhérences, que l'on peut

facilement extérioriser et réséquer dans la même séance. Le 2 août, entérotome que l'on est obligé de mettre à plusieurs reprises les 19 août, 7 et 15 septembre. *Fermeture de l'anus le 15 septembre.*

Part guérie le 6 octobre 1900, *après 2 mois et 23 jours* de traitement.

Malheureusement, *elle meurt 7 mois après l'opération* d'une récidive parue le 6 février 1901 au niveau de la cicatrice.

Observation 28.

Obs. 108 d'Anschutz (1906). — Depuis 1 an, Mme X..., femme de 49 ans, ressent des douleurs dans le côté gauche. Il y a 3 mois, surviennent des vomissements avec diarrhée et fièvre. Amaigrissement. Nouvelle crise du même genre il y a 3 semaines. A l'examen on sent uue tumeur dure, mobile, du volume d'une tête d'enfant, entre le rebord costal gauche et la crête iliaque.

Opération de Mickulicz le 24 février 1898. — On trouve une tumeur *du côlon descendant et de la flexure*, un peu adhérente à la rate et au pancréas dont on est obligé d'enlever une portion, qu'on extériorise. Le 26 février, *la tumeur nécrosée est réséquée. Le 20 mars, on place un entérotome. Le 2 avril, on ferme l'anus*, mais la malade part avec une fistulette, *après 1 mois 26 jours de traitement. Mort* par récidive 3 mois et demi après l'opération.

Observation 29.

Obs. 109 d'Anschutz (1906). — Homme de 50 ans. Il y a 5 mois, crise douloureuse abdominale accompagnée de diarrhée (selles brunâtres). Il y a 3 semaines, nouvelle diarrhée, et depuis sensation de pesanteur dans le côté gauche. A l'examen, tumeur dans l'hypocondre gauche, dure, irrégulière, peu délimitable en haut.

Opération de Mickulicz le 18 mars 1898. — On trouve une

tumeur de *l'angle splénique* fixée à la rate. On arrive avec difficulté à libérer la tumeur que l'on extériorise. *Résection de la tumeur le 22 mars. Le 12 avril, on place un entérotome.* Mais le 10 mai, il part sur sa demande avec son anus. *Le 23 juin, on place un nouvel entérotome.* Un abcès se forme sous la peau autour de la fistule : il est ouvert et drainé. Il part avec son anus le 4 août après *4 mois et 22 jours de traitement.* Il meurt 3 semaines après.

Observation 30.

Obs. 110 d'Anschutz (1906). — Homme de 54 ans. Il y a 3 mois, douleurs très violentes dans l'abdomen avec diarrhée sanguinolente. A l'examen, on perçoit à 3 travers de doigt au-dessus de la symphyse une tumeur dure, sensible, peu mobile.

Opération de Mickulicz le 28 novembre 1900. — On trouve une tumeur sténosante, grosse comme un œuf de canard, au niveau de la *flexure*, fixée au promontoire, mais que l'on parvient à extérioriser. *Résection de la tumeur le 29 novembre.* On enlève en même temps 5 à 6 ganglions. On place l'entérotome à deux reprises : le 12 et le 29 décembre, et on ferme l'anus le 16 janvier 1901. Part le *31 janvier 1901 après 2 mois et 2 jours de traitement. Mort de récidive 11 mois après.*

Observation 31.

Obs. 111 d'Anschutz (1906). — Femme de 44 ans. Depuis 1 an, la malade ressent des douleurs abdominales qui surviennent par crises et qui s'irradient dans le dos. Depuis 6 mois, les douleurs se sont localisées au côté gauche, de la diarrhée est apparue. Une fois, du sang fut constaté dans les selles. Il y a 3 mois, un médecin trouva une tumeur.

A l'examen, on sent dans la région de la fosse iliaque une tumeur ovale de 17 centimètres de long sur 5 de large, sensible à la pression et peu mobile.

Opération de Mickulicz le 28 décembre 1901. — On trouve

une grosse tumeur *de la flexure* avec de gros ganglions dans le méso-sigmoïde, et adhérant largement à la paroi, aux anses grêles et à l'ovaire. Il existe un peu d'ascite. Extériorisation. — *Résection de la tumeur le 29 décembre. On place l'entérotome à plusieurs reprises le 8 et le 19 janvier, le 29 février. Le 18 mars, on procède à la fermeture de l'anus.* La malade sort le 17 avril avec *une fistulette après 3 mois et 19 jours de traitement. Mort 6 mois après l'opération de métastase hépatique.*

Observation 32.

Obs. 112 d'Anschutz (1906). — Homme de 52 ans. Constipation, selles intermittentes, reste une fois huit jours sans aller à la selle. A l'examen, on sent une tumeur du volume d'une tête d'enfant au-dessous du rebord costal gauche, sensible à la pression et peu mobile, séparée du foie et de la rate.

Opération de Mickulicz le 26 juin 1899. — Incision parallèle à la ligne blanche sur la tumeur qui *appartient au côlon transverse.* Il n'y a pas de ganglions dans le méso. Extériorisation. *Le 30 juin, résection. Le 14 juillet, on place l'entérotome. Le 2 août*, on ferme *l'anus.* Part guéri le 24 août après 2 mois de traitement. Mort *13 mois après de récidive.*

Observation 33.

Obs. 113 d'Anschutz (1906). — Homme de 32 ans. Il y a 1 an et 3 mois, douleurs après traumatisme abdominal. Il y a 3 mois, nouvelle crise de douleurs abdominales durant 14 jours, s'accompagnant de gargouillements et de météorisme abdominal. Les selles sont toujours régulières. A l'examen, on sent une résistance très dure, très douloureuse au dedans de l'épine iliaque antérieure et supérieure droite. Le toucher rectal est négatif.

Opération de Mickulicz le 2 février 1901. — On trouve une tumeur du cæcum dont la partie principale s'est développée

dans le mésentère. Dans l'angle iléo-cæcal, il existe des ganglions infiltrés, de consistance très dure. En libérant le cæcum, on pince un uretère qu'on lie et résèque. Extériorisation malgré les adhérences étendues. La *tumeur est réséquée immédiatement*. On place l'entérotome à deux reprises : *le 22 février et le 8 mars*. Le 21 mai, on ferme l'anus. Guérison. *Mort de récidive 1 an 3 mois après l'opération.*

Observation 34.

Obs. 114 d'Anschutz (1906). — Homme de 45 ans. *Carcinome cæcal.*

Opération de Mickulicz le 25 mai 1898. — On place l'entérotome à deux reprises *le 13 et le 30 juin*. On ferme *l'anus le 30 juillet.*

Part guéri le *27 juillet* après 2 mois et 2 jours de traitement.

Mort 1 an après l'opération de métastase.

Observation 35.

Obs. 115 d'Anschutz. — Femme de 38 ans. *Carcinome cæcal.*

Opération de Mickulicz le 13 novembre 1900. — On place l'entérotome à deux reprises *le 7 et le 12 décembre*. Le *2 janvier 1901, fermeture de l'anus.*

Part guérie le *24 janvier* après 2 mois et 11 jours de traitement.

Meurt *d'apoplexie 3 ans et demi* après l'opération.

Observation 36.

Obs. 116 d'Anschutz (1906). — Homme de 53 ans. *Carcinome cæcal.*

Opération de Mickulicz le 1er septembre 1905. — On extériorise le cæcum, la partie inférieure du côlon ascendant et la ter-

minaison de l'iléon. *Resection 1 jour après.* On place l'entérotome à trois reprises différentes, *le 8 septembre, le 14 octobre et le 25 octobre. On ferme l'anus le 6 novembre.*

Part guéri le 1er décembre après un traitement de 3 mois. *Sans recidive depuis 1 an 3 mois.*

Observation 37.

Obs. 117 d'Anschutz (1906). — Homme de 53 ans. *Carcinome cæcal.*

Operation de Mickulicz le 3 novembre 1902. — Tumeur très adhérente; on peut tout de même faire l'extériorisation typique. *Résection de la tumeur 1 jour après.* On place l'entérotome à trois reprises (12, 31, 44 jours après). Part guéri le 15 janvier après 2 mois et 12 jours de traitement. *Sans récidive depuis plus de 4 ans.*

Observation 38.

Obs. 118 d'Anschutz (1906). — Homme de 53 ans. Depuis 6 ans il aurait du sang dans ses selles. Depuis 9 mois, douleurs abdominales s'irradiant dans la région inguinale gauche. Chaque jour, 2 ou 3 selles avec ténesme.

A l'examen, on sent une résistance à la partie inférieure droite de l'abdomen.

Opération de Mickulicz le 13 janvier 1900. — On trouve une tumeur du volume d'un œuf à la partie inférieure *de la flexure sigmoïde*, qu'on attire avec peine. On arrive cependant à faire une extériorisation typique suivie *de résection immédiate.* On place l'entérotome à deux reprises. Part avec anus le 22 février. Fermeture de *l'anus le 22 mai 1900. Sans récidive depuis 7 ans.*

Observation 39.

Obs. 117 d'Anschutz (1906). — Femme de 17 ans. Il y a 9 mois, coliques. Aggravation il y a 3 mois, sang dans les selles, sang et pus dans les urines.

A l'examen, on sent une tumeur à gauche de l'ombilic qui a la forme et le volume du rein, et qu'on peut refouler vers la région rénale.

Opération de Mickulicz le 16 décembre 1903. — On trouve une tumeur de *l'angle splénique* et des ganglions très gros dans le mésentère. On fait une extériorisation typique et *la résection* le même jour. *On place l'entérotome* à quatre reprises (29, 37, 45, 60 jours après l'opération). *Fermeture de l'anus* le 71e jour. Part guérie le 14 mars 1903 après 2 mois et 28 jours de traitement.

Elle revient le 13 octobre 1904 pour une hernie, et en juin, pour des symptômes de sténose. On soupçonne la récidive et on l'opère le 27 juillet 1905; il n'y a pas de récidive, mais on extirpe des ganglions enflammés qui comprimaient l'intestin. *Vit sans recidive 3 ans après l'opération.*

Observation 40.

Obs. 120 d'Anschutz (1906). — Femme de 60 ans. *Carcinome cæcal.*

Opération de Mickulicz le 5 décembre 1901. — Extériorisation suivie de résection immédiate. On place *l'entérotome à 2 reprises* le 14 décembre et le 8 janvier. *On ferme l'anus le 16 janvier.*

Guérison après un traitement de 1 mois et 11 jours.

Vit sans récidive depuis 5 ans.

Observation 41.

Obs. 121 d'Anschutz (1906). — Homme de 34 ans. Début par constipation et vomissements.

On soupçonne un carcinome stomacal, mais à l'examen on trouve à droite au-dessous de l'ombilic une tumeur de volume d'une pomme, non douloureuse et fixe.

Opération de Mickulicz le 11 juin 1904. — On fait une incision au niveau de l'ombilic pour palper la tumeur, puis on branche sur cette incision verticale une incision transversale. On trouve une tumeur entourée d'adhérences, et fixée à la vésicule qui se laisse détacher.

La tumeur se trouve à la limite du tiers moyen et droit du *côlon transverse.* Extériorisation. *Résection 11 jours après; on place l'entérotome à deux reprises* (16, 33 jours après l'opération). *Fermeture de l'anus 54 jours après l'opération. Vit sans récidive depuis deux ans et demi.*

Observation 42.

Obs. 122 d'Anschutz (1906). — Femme de 35 ans. Il y a 3 ans douleurs abdominales très violentes sous forme de coliques, avec constipation et vomissements. Il y a 2 ans, puis plus récemment il y a 3 mois, mêmes symptômes. Depuis, les douleurs se sont amendées. Mais il y a 8 jours, nouvelle crise douloureuse avec 3 vomissements. Amaigrissement de 25 livres.

A l'examen, le ventre n'étant pas météorisé, on sent immédiatement au-dessus de l'ombilic, une tumeur plate, dure, peu sensible, mobile, à surface paraissant lisse. Un lavement d'un litre et demi fait disparaître la tumeur.

Le 6 août surviennent des vomissements fécaloïdes, en même temps que les anses intestinales se dessinent nettement sous la peau.

Opération de Mickulicz le 8 août 1902. — Incision depuis l'appendice xiphoïde jusqu'à l'ombilic. On trouve une petite tumeur dure au milieu *du côlon transverse*, de 2 à 3 centimètres de long, adhérant à l'épiploon. A droite de la tumeur, le côlon transverse se continuant sans angle hépatique avec le côlon ascendant et le cæcum, et ayant avec ces parties différentes du côlon un mésentère commun; on extériorise l'ensemble, y

compris le grêle dans sa partie inférieure. *Résection immédiate.* Tubes de verre dans les 2 bouts. Après quelques incidents post-opératoires, hémorragie du moignon mésentérique, petit abcès pariétal. On place le *25 octobre 1902 le premier entérotome*, et *le 2e, le 1er novembre.* Le 20 novembre, on procède *à la fermeture de l'anus*, mais il reste une fistulette. Le 25 décembre, la malade part guérie. *Elle vit sans récidive depuis plus de 4 ans.*

Observation 43.

Obs. 123 d'Anschutz (1906). — Femme de 61 ans. Il y a 2 ans la malade ressentit des douleurs dans la partie droite du ventre. Il y a un an et demi elle fit une crise d'obstruction intestinale, puis évacua le pus d'un abcès périty phlitique. Elle eut une nouvelle crise 14 jours après.

Depuis le mois d'août 1905, la malade présente des alternatives de constipation et de diarrhée, des vomissements. A l'examen, on sent une tumeur à droite de l'ombilic du volume d'un poing et mobile avec la respiration.

Opération de Mickulicz le 12 avril 1906. — On trouve une tumeur qui siège du *côté droit du transverse* et qui présente de larges adhérences dans la région du duodénum. On résèque en même temps que le mésentère un ganglion dur augmenté de volume. Extériorisation typique. Le 13 avril, on procède *à la résection*, et l'on met des tubes de verre dans les 2 bouts afférent et efférent. *On place l'entérotome à 3 reprises*, le 30 avril, le 13 et le 23 juin. On procéde à la fermeture de l'anus le 2 juillet. Part guérite le 15 juillet 1906. *2 mois et 27 jours après l'opération. Vit sans récidive depuis 6 mois.*

Observation 44.

Obs 32. d'Anschutz, (1906). — Femme de 45 ans. Depuis 10 semaines, crises douloureuses et occlusion chronique.

Depuis 4 semaines, constipation opiniâtre, et depuis 24 heures *ileus* avec vomissements fécaloïdes. *Opération*, extériorisation *à la Bloch*, d'une tumeur squirrheuse *de l'angle splénique*, et de ganglion cancéreux contenus dans son méso.

Deux jours après l'opération, il se produit une fistule sur le bout supérieur. *Mort par péritonite.*

Observation 45.

Obs. 33 d'Anschutz (1906). — Homme de 61 ans. Il y a 9 mois, constipation opiniâtre suivie de vomissements fécaloïdes. Amélioration et reprise à peu près normale des fonctions intestinales. La veille de son entrée à l'hôpital, fortes douleurs dans l'abdomen et vomissement de matières jaunes sentant mauvais (*ileus*). *Le 5 novembre 1902*, extériorisation *du cæcum* et de l'iléon. *Résection 1 jour après*, la portion extériorisée s'étant perforée spontanément. *On place ensuite l'enterotome* à plusieurs reprises (21 novembre, 5 décembre, 18 décembre). On ferme l'anus le 17 janvier. Sort guéri le 4 février *après 2 mois et 9 jours de traitement.*

Sans récidive depuis 4 ans.

Observation 46.

Obs. 34 d'Anschutz (1906). — *Cancer du cæcum. Ileus.*

Extériorisation. Résection. *Mort* par péritonite 4 jours après.

Observation 47.

Obs. 35 d'Anschutz (1906). — *Cancer de l'angle splénique. Ileus.*

Laparotomie médiane. Extériorisation. Résection immédiate après fermeture de la paroi. Tubes de verre dans les deux bouts. *Mort* de pneumonie. A l'autopsie, métastases dans le foie.

Observation 48.

Obs. 36 d'Anschutz (1906). — *Carcinome de la flexure sigmoïde. Ileus.*

Opération le 2 avril 1904. — Incision médiane. Le côlon est très dilaté, et il existe un peu d'ascite. Après avoir attiré une grande partie de l'intestin, on trouve au bas de la flexure sigmoïde une petite tumeur sténosante de l'angle splénique. Extériorisation difficile. Le soir, ouverture de l'anse afférente. *Mort de péritonite* le 7 avril.

Observation 49.

Obs. 57 d'Anschutz (1906) — *Carcinome de la flexure sigmoïde. Ileus* depuis le 14 mars.

Le 18 mars, opération. — Incision à gauche. On fait une *extériorisation typique* de l'anse portant la sténose *et résection.*

Le 20 mars, météorisme. On fait un anus cæcal qui n'est pas suffisant. Le 26 mai, *mort.* A l'autopsie, on trouve un volvulus de l'iléon avec adhérences à la plaie.

Observation 50.

Obs. 95 d'Anschutz (1906). — Depuis 1 an, le malade a remarqué la présence de sang dans ses selles. Depuis novembre 1900, il fait de temps en temps des crises d'occlusion suivies de débâcles avec du sang dans les selles. Nouvelle crise d'occlusion 5 jours avant l'entrée à l'hôpital. Il entre donc *en ileus.*

Opération le 11 décembre 1900. — On trouve au milieu *de la flexure* une sténose de 1 centimètre et demi. L'anse afférente est extrêmement dilatée et il existe des ganglions mous et gros dans le mésentère. *Extériorisation*, puis résection après fermeture de la paroi.

On place l'entérotome à 2 reprises (23 décembre, 8 janvier).

Le 18 janvier, *on procède à la fermeture de l'anus. Mais le 20, mort de péritonite.*

Observation 51.

Obs. 8 de Hartmann (1907 (1). — *Cancer du côlon pelvien. — Pas d'obstruction. — Opération de Hartmann. — Pas de fermeture de l'anus. — Pas de récidive au bout de 9 mois.*

M. M..., âgé de 61 ans, nous est adressé par notre ami le Docteur Mathieu et entre le 4 septembre 1905 à la maison de santé de la rue Oudinot. Les selles sont régulières, mais glaireuses et sanguinolentes. Par la combinaison du toucher rectal et du palper on sent une tumeur dans l'excavation.

Opération de Hartmann le 5 septembre 1905. — Position élevée du bassin. Incision médiane sous-ombilicale. Immédiatement au-dessous du détroit supérieur, collée contre la paroi latérale gauche de l'excavation et y adhérant nous trouvons une tumeur du côlon. Comme il nous semble que le rectum au-dessous a une longueur suffisante pour être amené à la paroi abdominale antérieure, nous nous décidons à pratiquer l'extirpation.

Incision du péritoine, le long et au-dessous du détroit supérieur à gauche, décollement de la tumeur qui adhère à l'uretère gauche. Nous arrivons ainsi au-dessous d'elle et nous pouvons alors l'amener au dehors de la plaie abdominale. Comme il existe une vaste surface cruentée, le long de la paroi latérale gauche de l'excavation, nous la recouvrons, en rapprochant d'abord en avant les lèvres de la boutonnière péritonéale, par un surjet au catgut n° 0, puis en comblant la brèche plus en arrière par la suture du bord gauche du méso-côlon avec ses vaisseaux à la lèvre supérieure de l'incision péritonéale.

Il reste alors, allant à la plaie abdominale, une anse intestinale comprenant le côlon pelvien et portant la tumeur. Une couronne de sutures fixe les bouts de l'intestin et le méso aux

(1) Hartmann. *Travaux anatomo-cliniques.* Chap. de l'Intestin, p. 381.

lèvres musculo-séreuses de l'incision pariétale. Les 2 extrémités de cette incision sont réunies avec des catguts plus forts n° 1.

Le bout inférieur de l'intestin est écrasé avec la pince Collin, lié et fixé à la peau. Dans le bout supérieur conservé long à dessein, nous insinuons une sonde rouge forte et nous lions sur elle l'intestin. Nous écrasons au delà et nous lions. Pansement à travers lequel passe la sonde.

Les suites opératoires sont très simples, et quand la malade quitte la maison de santé, l'anus fonctionne d'une façon normale. *En juillet 1906*, pas trace de récidive (9 mois).

Observation 52.

Obs. 9 de Hartmann (1907). — *Cancer du côlon descendant à la jonction de côlon iliaque. — Pas d'occlusion. — Opération de Hartmann. Malade part avec anus. Récidive sur côlon pelvien. 2e opération. — Non fermeture de l'anus. — Durée du traitement : 2 mois et 10 jours, la première opération. — Sans récidive depuis 1 an.*

La malade a été longtemps soignée pour une affection diagnostiquée : ulcération du côlon avec péricolite simulant un néoplasme. — En 1900, ventre ballonné par intermittences. Tous les 8 à 10 jours, elle rend un peu de sang enrobant les matières.

Le 12 août 1903. — Crise de colique qui dure 8 jours. Petite occlusion, puis débâcle : les selles renferment des fausses membranes et du sang. Depuis constipation.

Le 22 novembre 1903, examen : tumeur superficielle, dure, un peu marronnée, mobile et douloureuse à la pression dans la fosse iliaque gauche et qui remonte dans le flanc. En août 1904, se dessinent des symptômes d'occlusion chronique.

Opération de Hartmann le 21 septembre 1904. — Cœliotomie médiane. Tumeur sur *le côlon descendant* à sa jonction avec le côlon iliaque. A la partie latérale droite de cette tumeur vient adhérer le côlon transverse qui descend en forme de Y

à pointe inférieure. On le libère. Décollement du côlon qui est extériorisé par une nouvelle incision faite un peu en dedans de l'épine iliaque antérieure et supérieure gauche. L'incision médiane est refermée. Au moment de cette extériorisation, un peu de pus sort de la masse d'adhérences qui réunissait la tumeur au côlon transverse. L'incision est fermée par une suture au catgut qui rétrécit ses deux extrémités pendant qu'au milieu de sa partie moyenne, nous suturons l'intestin au péritoine pariétal. Au niveau de sa partie moyenne, nous chargeons le méso en le fixant aux lèvres latérales de la plaie.

Ecrasement du bout inférieur et du bout supérieur et ligature de la partie écrasée au catgut. Ecrasement et ligature du méso.

Une petite boutonnière est faite sur le bout supérieur afférent et dans cette boutonnière nous engageons une sonde vaginale de femme en verre. L'intestin est noué sur elle.

Un tube de caoutchouc continue cette sonde, traverse le pansement jusque dans un seau. Tamponnement autour de l'intestin avec des mèches de gaze iodoformée.

Suites simples. Exeat le 28 octobre 1904.

Pendant 10 mois, bonne santé, mais vers le mois de juin 1905, *récidive sur le côlon pelvien.*

2e *Opération,* 8 juillet 1905. — Le bout inférieur est écrasé au-dessous de l'induration, puis il est suturé et enfoui.

Fermeture de la paroi. *En août 1906,* la malade va bien. Sans récidive 1 an après.

Observation 53.

Obs. 82 de Peterman (1908). (1) — Homme de 60 ans, *carcinome cæcal.*

Début il y a 3 mois.

Opération de Mickulicz le 31 octobre 1901. — Incision sur le cæcum. Tumeur circulaire adhérente à la paroi abdominale

(1) Peterman. *Arch. f. Klin. Ch.* 1908 t. LXXXVI f. 1 avril.

antérieure; peu de ganglions ; résection de la tumeur et abouchement des 2 bouts accolés en canons de fusil à la peau. *On place l'entérotome 4 semaines après.*

On fait une occlusion plastique de l'anus 14 jours plus tard; échec; il se ferme tout seul au bout de 3 mois.

Durée du traitement : 4 mois 1/2.

Sans récidive depuis 7 ans 1/2.

Observation 54.

Obs. 83 de Peterman (1908). — Homme de 49 ans. *Carcimone de l'S iliaque.*

Début il y a 4 mois. Au-dessus de l'arcade de Poupart du côté gauche on sent une tumeur peu mobile et dure.

Opération de Mickulicz le 30 novembre 1900. — Incision le long du bord gauche du droit. Extériorisation de la tumeur et résection des 2 bouts qui sont accolés en canons de fusil et suturés à la plaie. On trouve pendant l'opération quelques noyaux carcinomateux dans le foie. L'anus ne fonctionne pas. L'anse afférente se nécrose. *Mort de péritonite 8 jours après l'opération.*

Observation 55.

Obs. 84 de Peterman (1908). — *Carcinome du côlon transverse.*

Début il y a 9 mois. Au-dessus de l'ombilic ; tumeur dure très mobile.

Opération de Mickulicz le 1er juillet 1901.

C'est un carcinome de la partie moyenne *du colon transverse* facilement extériorisable. (Quelques ganglions infiltrés le long de la tumeur). Résection immédiate après accolement des 2 bouts et anus en canons de fusil. *On place l'entérotome le 11 juillet* qui tombe au bout de 5 jours.

Le *6 août, on ferme l'anus.* Durée du traitement *plus d'un mois et 6 jours. Sans récidive depuis 6 ans 1/2.*

Observation 56.

Obs. 85 de Peterman (1908). — Femme de 39 ans. *Carcinome cæcal.*

Souffre depuis 14 jours. Alternatives de constipation et de diarrhée.

Opération de Mickulicz le 16 juin 1902. — Incision sur le cæcum. Ascite libre. Carcinome circulaire du cæcum. Extériorisation et résection de la tumeur après accolement des 2 bouts en canons de fusil. Ganglions infiltrés dans le mésentère.

Mort 2 mois 1/2 après, de carcinomatose péritonéale.

Observation 57.

Obs. 86 de Peterman (1908). — Homme de 40 ans. *Carcinome du côlon transverse.*

A droite de l'ombilic on sent une tumeur dure.

Opération de Mickulicz le 17 mars 1903. — Incision le long du bord droit du droit. On trouve une tumeur de la portion initiale du côlon transverse adhérant à la vésicule biliaire et au foie. Beaucoup de ganglions dans le mésentère. Extirpation impossible de tous ces ganglions. On résèque à partir du cæcum jusqu'à la partie moyenne du côlon transverse, et on accole en canons de fusil le transverse et l'iléon qu'on suture à la peau.

Mort le même jour de collapsus.

Observation 58.

Obs. 87 de Peterman (1908). — Femme de 36 ans. *Carcimone de l'angle hépatique.*

Début il y a 3 mois. Depuis 8 jours, *ileus pour lequel on fait un anus cæcal.*

Opération à froïd le 7 août 1903 (*Mickulicz*). — Incision le

long du bord droit du droit; extirpation après mobilisation de la tumeur et accolement de l'iléon et du transverse en canons de fusil.

Mort 6 semaines après de cachexie (récidive ganglionnaire).

Observation 59.

Obs. 88 de Peterman (1908). — Femme de 64 ans. *Carcinome de l'S iliaque.*

Début il y a 7 mois.

Opération de Mickulicz le 11 août 1903. — Incision médiane. On trouve un petit carcinome circulaire de l'S iliaque. Extériorisation. Résection. Double canon de fusil. Suture des bouts à la plaie. *On place l'entérotome 14 jours* après. *On fait la fermeture* autoplastique de l'anus le 9 septembre. Il ne reste plus qu'une petite fistulette qui se ferme d'elle-même. Guérison le 12 octobre après un *traitement de 2 mois 1 jour.*

Revient *1 an et 3 mois* après en *ileus.* On fait une laparotomie et on trouve que *la bouche est rétrécie!* Résection avec suture circulaire. Mort de péritonite.

Observation 60.

Obs. 90 de Peterman (1908). — Femme de 56 ans. *Carcinome du côlon transverse.*

Début?

Opération de Mickulicz le 5 janvier 1904. — Incision transversale au-dessous du rebord costal gauche. On trouve dans la moitié gauche du côlon transverse un gros carcinome qui a donné de la suppuration avec une fistule abdominale. Résection de la tumeur après extériorisation et accolement du côlon transverse et du côlon descendant en canons de fusil.

On place *l'entérotome à 2 reprises*, le 21 janvier et le 15 février. *Le 20 février*, on ferme la fistule. *Part guérie* le 5 mai 1904, *après 1 mois 5 jours de traitement.*

Revient 8 mois après avec une récidive locale. Résection

suivie d'anastomose latérale. Mort 4 mois et demi après de généralisation péritonéale.

Observation 61.

Obs. 91 de Peterman (1908). — Femme de 73 ans. *Carcinome du côlon ascendant.*

Début il y a 2 ans.

Opération de Mickulicz le 10 février 1904. — Après extériorisation, résection de la tumeur, et double canon de fusil entre l'iléon et le côlon transverse. La malade se remet difficilement après l'opération. On place *l'entérotome à deux reprises le 1er et le 18 mars. Puis on ferme la fistule, mais mort le jour même.*

Observation 62.

Obs. 92 de Peterman (1908). — Femme de 30 ans. *Carcinome de l'S iliaque.*

Début il y a 6 mois.

Opération de Mickulicz le 17 mars 1904. — Incision le long du bord gauche du droit. Gros carcinome de l'S iliaque. Extériorisation; résection, double canon. *On place l'entérotome le 31 mars*, le 18 avril, le 3 mai. *On ferme l'anus le 14 mai.*

Il reste une fistulette qu'on ferme par une nouvelle opération plastique. *Part guérie le 30 juillet, 4 mois et 13 jours après l'opération.*

Mais 6 mois après la malade revient avec des symptômes *de sténose qui ont déterminé l'ileus (rétrécissement au niveau de l'anus?)*, non. Tumeur de l'ovaire gauche qui comprime l'intestin. Résection. Anastomose iléo-colique. Mort 3 mois après de carcinomatose péritonéale.

Observation 63.

Obs. 93 de Peterman (1908). — Homme de 61 ans. *Carcinome de l'S iliaque.*

Début il y a 2 ans.

Opération de Mickulicz le 26 mai 1904. — Incision le long du bord gauche du droit. On trouve un carcinome circulaire du volume du poing et peu de ganglions. Extériorisation. Résection et double canon. *On place l'entérotome le 20 juin. On ferme l'anus le 6 juillet* et elle part le 11 août après 3 mois et 7 jours de traitement, avec une fistulette qui se ferme spontanément.

Peu de temps après, métastase dans l'épiphyse fémorale inférieure gauche. Amputation. *Mort quelques mois après de carcinomatose hépatique.*

Observation 64.

Obs. 94 de Peterman (1908). — Homme de 57 ans. *Carcinome de l'S iliaque.*

Début il y a 2 mois.

Opération de Mickulicz le 30 novembre 1905. — Incision médiane. Ascite libre. On trouve sur l' S iliaque un petit cancer circulaire. Nouvelle incision dans la fosse iliaque gauche. Extériorisation. Résection. Double canon. *On place l'entérotome le 7 décembre. On ferme l'anus le 15 janvier 1906.* Le 7 février, *après 2 mois et 7 jours de traitement*, il part avec une fistulette qui se ferme spontanément au bout de 6 semaines.

Guérison *sans récidive depuis 2 ans.*

Observation 65.

Obs. 95 de Peterman (1908). — Femme de 63 ans. *Carcinome de l'S iliaque.*

Début il y a 3 ans.

Opération de Mickulicz le 11 juillet 1905. — Incision médiane. Ascite. Sur l'S iliaque on trouve une petite tumeur circulaire dure. On fait une seconde incision à gauche. Extériorisation. Résection. Double canon. *On place l'entérotome le 6 août. On ferme l'anus le 15 août.* Part guérie. *Mort 8 mois après de cachexie.*

Observation 66.

Obs. 96 de Peterman (1908). — Homme de 38 ans. *Carcinome de l'S iliaque.*

Début il y a 5 mois.

Opération de Mickulicz le 17 février. — Incision à gauche. On trouve un carcinome de l'S iliaque adhérent au péritoine pariétal et à la vessie. Le cordon est réséqué. *On place l'entérotome le 17 mars. On ferme l'anus le 31 mars.* Il reste une petite fistulette qui se ferme spontanément. *Sans récidive depuis 2 ans.*

Observation 67.

Obs. 97 de Peterman (1908). — Homme de 49 ans. *Carcinome de l'S iliaque.*

Début il y a 6 mois.

Opération de Mickulicz le 14 juillet 1906. — Incision à gauche. On trouve une tumeur de l'S iliaque adhérent à la vessie. Extériorisation. Résection. Double canon. *On place l'entérotome le 10 septembre. On ferme l'anus le 25 septembre;* il reste une fistule qui augmente, car l'anastomose s'est rétrécie. On fait une opération plastique et le malade guérit.

Mort un an après de carcinomatose hépatique.

Observation 68.

Obs. 98 de Peterman (1908). — Femme de 40 ans. *Carcinome de l'S iliaque.*

Début il y a 6 mois.

Opération de Mickulicz le 17 octobre 1906. — Incision médiane. On trouve sur l'S iliaque une grosse tumeur avec des ganglions. Extériorisation. Résection. Double canon de fusil. *On place l'entérotome le 31 octobre. On ferme l'anus le 29 janvier 1907.* Il reste une petite fistulette qui se ferme d'elle-même.

Mort un an après de carcinomatose péritonéale.

Observation 69.

Obs. 99 de Peterman (1908). — Homme de 50 ans. *Carcinome de l'S iliaque.*

Début il y a 4 mois.

Opération de Mickulicz le 26 octobre 1906. — Incision médiane. On trouve un gros carcinome de l'S iliaque très adhérent à la paroi, et à la vessie que l'on résèque. Extériorisation. Résection. Double canon. *On place l'entérotome le 15 novembre 1906. Le 9 avril 1907 on ferme l'anus.* Part guéri le 2 mai *après 6 mois et 6 jours de traitement. Sans récidive depuis 1 an 6 mois.*

Observation 70.

Obs. 100 de Peterman (1908). — *Carcinome de l'S iliaque.*

Début il y a 1 an.

Opération de Mickulicz le 20 décembre 1906. — Incision médiane. La tumeur est très adhérente au péritoine pelvien. Extériorisation. Résection. Double canon. *On place l'entérotome le 20 février 1907. On ferme l'anus le 12 février.*

Mais 9 mois après le malade revient *en ileus par rétrécissement de sa bouche.* Laparotomie. Abouchement du bout supérieur dans l'inférieur par anastomose termino-latérale.

Sans récidive depuis un an.

Observation 71.

Obs. 101 de Peterman (1908). — Homme de 53 ans. *Carcinome de l'S iliaque.*

Début il y a 4 mois.

Opération de Mickulicz le 14 mai 1907. — Incision médiane. Sur l' S iliaque on trouve un petit carcinome annulaire. On fait une nouvelle incision à gauche. Extériorisation; résection. Double canon.

On place l'entérotome à deux reprises le 14 et le 21 juin. On ferme l'anus le 3 juillet; il reste une petite fistulette qui *se ferme en 3 semaines.*

Guérison depuis 9 mois.

Observation 72.

Obs. 102 de Peterman (1908). — Homme de 48 ans. *Carcinome de l' S iliaque.*

Début il y a 5 ans.

Opération de Mickulicz le 31 mai 1907.— Incision médiane. On trouve une petite tumeur adhérente à la paroi abdominale. Nouvelle incision à gauche. Extériorisation; résection.

On place l'entérotome à deux reprises le 22 juin et le 3 juillet. *On ferme l'anus le 17 juillet*; il reste une petite fistulette qui augmente, *car l'anastomose s'est rétrécie.* On incise l'éperon; la fistule se ferme.

Sans récidive depuis 6 mois

Observation 73.

Obs. 163 de Peterman (1908). — Homme de 46 ans. *Carcinome de l' S iliaque.*

Début il y a 4 mois.

Opération de Mickulicz le 28 juillet 1907. — Incision médiane. On trouve un carcinome de l' S iliaque facilement extériorisable. Résection, double canon.

On place l'entérotome 3 semaines après, à 2 reprises. On ferme l'anus le 25 septembre.

Sans récidive depuis 4 mois.

Observation 74.

Obs. 15 de Denk (1909). (1) — Femme de 47 ans. Ileus chronique. *Carcinone de flexure.*

Opération de Mickulicz (3 temps) le 19 novembre 1902. — L'intestin est très dilaté. On trouve une tumeur dure et sténosante sur la flexure. Extirpation des ganglions. Extériorisation typique. On fait une fistule sur l'anse afférente 5 h. 1/2 après. *Résection 2 jours après au thermo-cautère. Transformation de l'anus en fistule stercorale par l'entérotome. Fermeture de la fistule par entérorraphie.* Guérison.

Durée du traitement : 4 mois 29 jours.

Mort en 1906 d'un cancer de l'estomac.

Donc 3 ans de survie.

Observation 75.

Obs. 16 de Denk (1909). — Homme de 56 ans. Ileus chronique. *Carcinome de l'S iliaque.*

Début il y a 1 an.

Opération de Mickulicz (3 temps), le 24 septembre 1903. — On trouve une tumeur dure sur la flexure qu'on extériorise facilement. Drainage. *Résection le jour suivant.* Fermeture de la fistule 2 mois 1/2 après par entérectomie.

Durée du traitement : *4 mois et 23 jours.*

Sans récidive depuis 3 ans et 9 mois.

(1) Denk (Clinique de V. Eiselberg). *Arch. f. klin. Chir.* T. LXXXIX. 1909 p, 667-691.

Observation 76.

Obs. 18 de Denk (1909). — Homme de 45 ans. *Carcinome du cæcum.*

Opération de Mickulicz (3 temps). — Incision à droite. On trouve une tumeur cæcale qu'on extériorise. *Résection 3 jours après. On ferme l'anus* 14 jours après par résection intestinale et suture circulaire.

Durée du traitement : *3 mois et 16 jours.*

Sans récidive depuis 3 ans.

Observation 77.

Obs. 20 de Denk (1909). — Homme de 71 ans. *Cancer de l'angle splénique* avec fistule gastro-colique.

Opération de Mickulicz (3 temps) le 13 juin 1906. — On trouve sur l'angle splénique une tumeur adhérente à l'estomac et au diaphragme. On libère cette tumeur. On resèque la portion de l'estomac envahie et on fait une extériorisation typique de l'angle splénique. *Résection de la tumeur le jour suivant. Mort de péritonite 3 jours après.*

Observation 78.

Obs. 21 de Denk (1909). — Femme de 64 ans. *Carcinome cæcal.*

Opération de Mickulicz le 21 avril 1908. — Va bien 9 mois après

Observation 79.

Obs. 22 de Denk (1909). — Femme de 37 ans. *Carcinome cæcal.*

Opération de Mickulicz le 25 juin 1908. — Il existe une

invagination de l'iléon, du cæcum, et du côlon ascendant dans le transverse. On désinvagine facilement, mais la portion invaginée présentant des altérations, on extériorise au moins 30 centimètres d'intestin. *Résection de la tumeur et de l'anse extériorisée 3 jours après* au thermo-cautère. Part le 15 juillet avec un anus contre nature. Supporte mal l'entérotome. Pas d'autres renseignements.

Observation 80.

Obs. 23 de Denk (1909). — Homme de 41 ans. *Carcinome cæcal.*

Opération de Mickulicz (3 temps) le 9 septembre 1908. — Extériorisation typique. *Résection 2 jours après.* On place l'entérotome 3 semaines après.

Sept semaines après il fait un abcès et meurt dans le marasme.

Observation 81.

Obs. 24 de Denk (1909). — Homme de 48 ans. *Carcinome de la flexure.*

Opération de Mickulicz (3 temps) le 15 septembre 1908. — On trouve une tumeur dure et mobile. Extériorisation typique; 3 jours après, ouverture de l'anse afférente. Trois jours après *résection.* Part avec anus. Pas de renseignements ultérieurs.

Observation 82.

Obs. 26 de Denk (1909). — Homme de 30 ans. *Carcinome de l'angle splénique.* Ileus chronique.

Opération de Mickulicz (3 temps) le 5 novembre 1908. — On trouve une tumeur de l'angle splénique que l'on extériorise. Le soir, ouverture de l'anse afférente. *Résection*

2 jours après. On pose l'entérotome deux mois après. Fermeture 6 semaines après par suture demi-circulaire intrapéritonéale.

Observation 83.

Obs. 27 de Denk (1909). — Femme de 52 ans. *Carcinome de la flexure.*

Opération de Mickulicz (3 temps) le 21 janvier 1909. — Extériorisation typique. *Résection 2 jours après.* Encore en traitement.

Observation 84.

Obs. 29 de Denk (1909). — Femme de 45 ans. *Carcinome de l'angle hépatique.*

Opération de Mickulicz (3 temps) le 25 janvier. — Extériorisation typique. Entérotomie de l'anse afférente. Résection le 29 janvier. *Encore en traitement.*

Observation 85.

Obs. 30 de Denk (1909). — Femme de 73 ans. *Carcinome de la flexure sigmoïde.*

Opération de Mickulicz (3 temps) le 9 février 1909. — Extériorisation typique. Ouverture de l'anse afférente le 2e jour. *Résection* au thermo-cautère 7 jours après. Guérison. Encore en traitement.

Observation 86.

Obs. 31 de Denk (1909). — Homme de 56 ans. *Carcinome du cæcum.*

Opération de Mickulicz le 20 septembre (3 temps). — Exté-

riorisation typique d'une tumeur du cæcum dure et mobile. *Ouverture de l'anse afférente* le 22 février. Résection de la tumeur au thermo-cautère le 23 février. Le 15 mars, le malade va très bien.

Observation 87.

Obs. 14 de Denk (1909) — Homme de 69 ans. *Carcinome de la flexure sigmoïde. Ileus.* Début il y a quelques mois.

Opération le 11 juin 1902. — Intestin très dilaté. Il existe 2 perforations sur le cæcum d'où s'écoulent des matières. Extériorisation de la tumeur de la flexure et du cæcum rupturé. Drainage. *Mort par péritonite.*

Observation 88.

Obs. 17 de Denk (1909). — Femme de 51 ans. *Cancer de la flexure. Ileus.*

Opération le 28 septembre. — Exsudat libre suppuré à l'ouverture du ventre. On trouve un carcinome sténosant de la flexure sigmoïde adhérant aux anses inférieures de l'iléon. En essayant de rompre les adhérences, on rompt une anse. Extériorisation de la tumeur et de l'anse perforée. Tamponnement. Ouverture au thermo de l'anse extériorisée. *Mort 12 heures après de péritonite.*

Observation 89.

Obs. 19 de Denk (1909). — Homme de 57 ans. *Carcinome de la flexure. Ileus.*

Opération de Mickulicz (3 temps) le 2 janvier 1906. — On trouve sur la flexure une tumeur très sténosante. Extériorisation typique. Deux jours après l'opération, ouverture de l'anse afférente. 9 jours après l'opération, résection de la tumeur. *En mai 1906, fermeture de l'anus. Sans récidive depuis 3 ans.*

Observation 90.

Obs. 25 de Denk (1909). — Homme de 64 ans. *Cancer du côlon descendant. Ileus.*

Opération de Mickulicz le 12 octobre. — Epanchement libre dans l'abdomen. On trouve une tumeur dure et sténosante à la limite du côlon descendant et de la flexure. Extériorisation typique. Ouverture de l'anse afférente 9 heures après. *Résection le jour suivant.* Gangrène de l'anse afférente *et mort.*

Observation 91.

Obs. 28 de Deuk (1909). — Homme de 41 ans. *Carcinome du côlon transverse, Ileus.*

Opération le 20 janvier 1909 : — On trouve une tumeur dure et sténosante sur le côlon transverse. Extériorisation typique. *Résection 7 jours après.* Encore en traitement le 29 janvier.

Observation 92.

Obs. 8 de Waldenstrom (1911) (1). — Femme de 38 ans. Il y a 3 mois, fortes douleurs abdominales avec vomissements. Depuis 1 mois, diarrhée noirâtre. Depuis 8 jours, *ileus.*

Opération de Mickulicz (3 temps) le 6 août 1904. — Incision dans la fosse iliaque droite; on trouve un cæcum très dilaté. On fait ensuite une incision médiane que l'on prolonge à gauche. On trouve une tumeur *sur l'angle splénique* que l'on extériorise. *Resection 11 jours après.* Fistule. *Le 2 novembre, suture* intestinale après libération des deux bouts. *Le 23 novembre, guérison.* Mort en avril 1909 de pleurésie séro-fibrineuse *après 4 ans et 5 mois de survie.*

(1) Waldenstrom. — *Nordiskt Medicinskt. Arch. Chir.*, 1911, I, nº 24.

Observation 93.

Obs. 9 de Waldenstrom (1909). — Femme de 67 ans. Femme toujours très constipée qui a eu souvent du sang dans ses selles. Elle entre en *ileus*. On sent par le rectum une tumeur mobile de la fosse iliaque gauche.

Opération de Mickulicz (2 temps) le 11 mai 1904. — Incision à gauche de la ligne médiane. On trouve une tumeur sténosante de 2 à 3 centimètres à la limite du *côlon descendant et de la flexure*. Extériorisation typique *et résection immédiate*. Le 13 juin, on procède à la cure de l'anus contre nature par mobilisation des bouts et suture extra-péritonéale. Elle part le 9 juillet avec fistules qui se ferment à la fin de l'année. Amaigrissement et ictère. *Mort le 20 mai 1905. Cause?*

Observation 94.

Obs. de Schmidt (1911) (1). — *Cancer de la flexure. Ileus.* Il fait l'extériorisation et une fistule sur le bout supérieur. Le soir du même jour, douleur brusque dans le côté droit : *collapsus, mort.* A l'autopsie, perforation du côlon transverse près de l'angle hépatique.

Observation 95.

Obs. de Viannay (1912) (2). — *Cancer du côlon descendant. — Pas d'ileus. — Opération de Bloch (extériorisation; résection 9 jours après). — Fermeture de l'anus par résection intestinale. — Durée du traitement : plus de 1 mois et 2 jours. — Survie de 1 an 8 mois. Mort de généralisation péritonéale.*

Mme G. 42 ans. Début en janvier 1909 par de la paresse digestive et de l'inappétence. Constipation habituelle. Coliques. Il porte le diagnostic d'entéro-colite.

(1) Schmidt. *Beit. z. lin. Chir.* t. LXXIV, juillet 1911, p. 401.
(2) Viannay. *XXVe Congrès Français de Chir.*, 1912, p. 616.

Deux mois après il revoit la malade en pleine crise d'occlusion intestinale. Mais les accidents aigus d'occlusion se calment spontanément et il peut par des injections de sérum relever l'état général de la malade avant de l'opérer

Opération de Bloch, le 23 mars 1909. — Laparotomie. Petit squirrhe en virole du *côlon descendant*, siégeant à l'origine de l'S iliaque, mais côlon transverse énormément dilaté. *Extériorisation de la tumeur*, passage d'une mèche de gaze à travers le méso pour maintenir la tumeur en dehors de l'abdomen. Sur l'anse afférente, établissement d'un anus contre nature. *Résection de la tumeur* le 2 avril et abouchement à la peau des 2 bouts accolés en canons de fusil. *Cure de l'anus contre nature* (*21 avril*), après fermeture par un surjet à la soie de l'anus, il dissèque une collerette péritonéale et procède à une résection intestinale suivie d'une anastomose latéro-latérale. Guérison opératoire après abcès de la paroi.

Cette femme fut encore opérée à deux reprises :

1re *fois* pour une tumeur de l'ovaire droit : castration unilatérale.

2e *fois* pour une tumeur de l'ovaire gauche : castration.

La malade mourut de généralisation viscérale à la fin de 1910. *Donc survie de 1 an et 8 mois.*

Observation 96.

Obs. de Finkelstein (1913) (1). — Homme de 43 ans. *Carcinome de l'angle hépatique.*

Début il y a 6 mois.

Opération le 15 octobre 1910. — Incision lombaire (on croyait à un rein flottant) et fermeture. Incision sur le rebord costal droit. On trouve une tumeur de l'angle hépatique adhérant au foie et à l'épiplon. *Extériorisation. Extirpation dans un second temps. Mort le 3e jour de faiblesse cardiaque.*

(1) Finkelstein. *Arch. f. klin. Chir.*, 1913, T. CI, p. 936.

Observation 97.

Obs. 10 de Finkelstein (1913). — Homme de 50 ans. *Cancer de l'S iliaque.*

Début il y a 2 mois et demi.

Opération le 10 juin 1913. — Incision médiane. On trouve une tumeur de l'S iliaque adhérent à la paroi abdominale postérieure et aux anses grêles. Tout le mésentère de l'S iliaque est rétracté avec des noyaux carcinomateux. Résection de 10 centimètres d'intestin grêle. Libération de la paroi postérieure de l'S iliaque et ouverture d'un abcès situé derrière. On extériorise la tumeur et on la fixe partiellement par des sutures. Immédiatement on la resèque au thermo-cautère. Drain dans l'anse afférente.

Mort de péritonite le jour suivant.

Observation 98.

Obs. 15 de Finkelstein (1913). — Homme de 50 ans. *Carcinome de l'S iliaque. Ileus.*

Opération le 2 janvier 1912. — Intestin très dilaté. On trouve une tumeur circulaire sténosante sur l'S iliaque. On attire la tumeur dans la plaie et on fistulise le bout supérieur.

Mort le 5e jour avant la résection de la tumeur.

Observation 99.

Obs. 42 de Rotter (1913) (1). — Homme de 47 ans. *Carcinome de l'S iliaque.*

Début il y a 5 mois.

Opération de Mickulicz (2 temps) le 3 mars 1908. — Incision oblique à gauche. On trouve une tumeur du volume du point sur l'S iliaque avec une forte rétraction du méso. On est obligé de mobiliser le côlon pelvien pour attirer la tumeur. Les ganglions remontent très haut, mais on peut les extirper. Extériorisation et résection. Double canon. *On applique*

l'entérotome presque immédiatement ; il tombe après quelques jours. On ferme l'anus le 1er Mai.

Mort un mois après de récidive de la paroi.

Observation 100.

Obs. 43 de Rotter (1913). — Homme de 67 ans. *Cancer de l'S romanum.*

Opération le 11 juin 1910. — On trouve un petit cancer de la portion initiale de l'S Romanum. On l'extériorise et l'on procède *immédiatement à la résection* de la tumeur. Le 16 juillet, étranglement d'une hernie inguinale gauche. On trouve un épanchement de mauvais aloi dans la cavité abdominale. *On place l'entérotome le 28 juillet.*

Mais il meurt le 13 août (pyonéphrose double; péricardite purulente).

Observation 101.

Obs. 44 de Rotter (1913). — Femme de 58 ans. *Cancer de la flexure.*

Début il y a un an.

Opération. — On libère la tumeur, on la resèque après extériorisation et on fait un double canon de fusil. Le bout inférieur est court, et quand on cherche à fermer l'anus contre nature, échec. Second essai, mais le malade contracte un érysipèle et meurt.

Observation 102.

Obs. 45 de Rotter (1913). — Homme. *Tumeur de l'angle splénique.*

Opération le 25 janvier 1911. — Le côlon transverse très dilaté descend dans le petit bassin. On trouve une tumeur de

(1) Rotter, *Arch. f. klin. Chir.* 1913, T. CII, p. 651.

l'angle splénique, qu'on libère et qu'on resèque après extériorisation. On met l'entérotome, mais il reste encore un gros éperon qu'on doit sectionner. Malheureusement on ouvre et on infecte la cavité péritonéale, et le malade meurt de péritonite 4 jours après.

Observation 103.

Obs. I de Souligoux (1913) (1). — *Cancer de l'angle splénique. — Etat d'occlusion. — Extériorisation à la Bloch. et fistulisation du cæcum. — Mort presque immédiate.*

Il s'agissait d'un homme de soixante ans, qui fut pris, étant à Nice, de vomissements; comme il souffrait depuis longtemps de l'estomac, le diagnostic porté fut sténose du pylore; ce diagnostic fut confirmé à Paris par plusieurs de nos collègues, les tubages, après repas d'épreuve, ayant montré un résidu alimentaire. La sonorité de l'estomac paraissait descendre à quelques travers de doigt du pylore. Quand je fus appelé, l'état du malade était extrêmement grave, et ce que l'on me demandait, était une opération d'urgence qui fut faite le lendemain. Or, le ventre ouvert, je trouvai le cæcum, les côlons ascendant et transverse extrêmement volumineux, remplis de gaz. L'estomac ne présentait pas la moindre lésion, mais, en revanche, au niveau de l'angle splénique, il existait un néoplasme très serré et dur, que je m'empressai d'extérioriser, ce qui ne fut pas très facile. Je fermai la cavité abdominale et, vu l'urgence, je fixai, après incision latérale gauche, le cæcum à la paroi. Quatre heures après, je fis une fistule cæcale qui amena l'évacuation d'une énorme quantité de gaz. Le malade mourut dans la nuit. Ce cas ne peut donc être porté au passif de l'extériorisation.

(1) Souligoux. *Bulletins de la Soc. de Chirur.*, 18 nov. 1913, n° 34 p. 1421.

Observation 104.

Obs. II de Souligoux (1913). — *Cancer de l'S sigmoïde. — Pas d'ileus. — Opération de Bloch (extériorisation simple; 2 jours après fistulisation du bout supérieur; résection 10 jours après). — Fermeture de l'anus : d'abord entérotome, puis entérorraphie extra-péritonéale. — Durée du traitement? — Sans récidive depuis 3 ans 6 mois.*

Mme X .., âgée de cinquante-trois ans, présentait des phénomènes de ralentissement de la circulation intestinale, caractérisés par des coliques violentes qui survenaient à intervalles de plus en plus rapprochés. Pendant les crises, on voyait les anses intestinales contracturées faire saillie sous la paroi. Il n'était pas douteux qu'il existait un obstacle mécanique, portant probablement sur le gros intestin, mais dont on ne pouvait préciser exactement le siège, car l'exploration de l'abdomen ne permettait pas de sentir la moindre tumeur.

En présence de ces phénomènes, je décidai de pratiquer une laparotomie exploratrice, qui fut faite dans une période de rémission. Je trouvai un anneau très serré, siégeant sur l'anse sigmoïde. Au-dessus du rétrécissement, l'intestin était dilaté, légèrement épaissi. Il n'y avait pas de ganglions appréciables dans le méso. Je fis une nouvelle incision latérale au niveau de la fosse iliaque gauche, et je fis sortir, par là, toute la partie mobile de l'anse sigmoïde; j'extériorisai ainsi une étendue considérable d'intestin et fixai le péritoine pariétal par un surjet circulaire au méso sigmoïde, à travers lequel je passai, pour plus de sûreté et pour empêcher l'intestin de rentrer, une baguette de verre entourée de compresses.

L'incision de la laparotomie exploratrice fut ensuite refermée.

Deux jours après, au-dessus du rétrécissement, je fis une fistule stercorale, et je sectionnai au bout de dix jours toute l'anse exclue.

Tout se passa très bien, sans incidents d'aucune sorte. Trois mois après, je fermais l'anus contre nature. Je plaçai sur

l'éperon deux pinces à entérostomes de Chaput, puis, quand elles furent tombées, je décollai l'intestin sans ouvrir tout à fait le péritoine, et fis une entérorraphie. Par dessus, je ramenai les muscles et fermai la paroi sans drainage. Guérison par première intention. Cette malade est opérée depuis trois ans et demi, et son état de santé est excellent; à aucun moment, je n'ai eu la moindre inquiétude sur son sort.

Observation 105.

Obs. III de Souligoux (1913). — *Cancer de l'S iliaque. — Pas d'ileus, mais obstruction chronique. — Opération de Bloch. (extériorisation douze heures après fistulisation du bout supérieur; résection 8 jours après). — Fermeture : anus contre nature par entérotome, puis entérorraphie extra-péritonéale. — Durée du traitement : plus de 6 mois. — Au bout de 2 ans, récidive (résection de l'intestin qui était sous la peau). — Au bout de 1 an, nouvelle récidive cutanée (extirpation).— Mort 8 jours après*, après 3 ans de survie, *d'occlusion par cancer du grêle.*

M. X..., âgé de quarante ans, m'est adressé pour obstruction intestinale, ou plutôt pour ralentissement dans les cours des matières. Il n'y a pas, en effet, d'arrêt des matières et des gaz, mais le malade souffre beaucoup, et sous la paroi se voient des contractions violentes d'anses grêles. Il n'y a d'ailleurs pas d'hésitation à avoir, car on sent dans la fosse iliaque gauche une masse dure, grosse comme une châtaigne et mobile. Je fais une incision latérale gauche, et j'extériorise facilement l'anse sigmoïde, qui porte un rétrécissement peu volumineux, en ficelle. Il n'y a pas de doute, il s'agit d'un cancer fibreux. J'explore le méso : il n'y a pas de ganglions. J'amène tout ce que je puis de l'anse sigmoïde, et après avoir passé une tige de verre entourée de gaze dans le méso, je ferme le ventre par un surjet qui fixe le péritoine pariétal au méso et à l'intestin. Après avoir attendu une douzaine d'heures je fais une fistule, au-dessous du rétrécissement, pour donner

issue aux gaz. Le malade est immédiatement soulagé, et peut attendre la résection de toute l'anse exclue, que je fis huit jours après.

L'anus contre nature fonctionnant bien, je fus surpris de voir apparaître sur la peau, deux mois après, une ulcération d'apparence douteuse que je reséquai. L'examen histologique montra qu'il y avait eu là certainement une greffe néoplasique.

Au bout de six mois, je fermai l'anus contre nature, en employant la même méthode que dans l'observation précédente. Tout alla bien pendant deux ans; après quoi, le malade vint me revoir, portant au niveau de sa cicatrice une induration que je vis augmenter peu à peu. Il y avait là, sans aucun doute, une récidive locale, dont je conseillai l'ablation. J'incisai la paroi tout autour de la cicatrice, je décollai l'intestin, qui en réalité, était sous la peau, et en reséquai la partie malade, qui était d'ailleurs peu étendue.

Dans cette opération, le ventre ne fut pas ouvert. Je suturai, bout à bout, les deux portions d'intestin, en laissant en avant une fistule stercorale; je fis, en un mot, l'opération de Bouilly. Tout se passa bien, la fistule se ferma d'elle-même. Au bout d'un an, le malade revint me voir pour me montrer une nouvelle induration survenue au niveau de sa cicatrice. Il s'agissait d'une nouvelle récidive, que je me décidai à enlever. Dans ce cas, comme le montra l'opération, l'intestin n'était pas atteint et l'ablation fut très simple. Tout allait bien, lorsqu'au huitième jour, ce malade fut atteint d'obstruction aiguë brusque, qui m'amena à lui faire une laparotomie. Je trouvai un cancer du grêle adhérent à la colonne vertébrale; l'intestin prenant point d'appui au niveau de son adhérence, s'était coudé, et la circulation intestinale par suite avait cessé. Il existait d'autres noyaux néoplasiques, un peu partout dans l'abdomen. Je fis une anastomose entre les deux portions du grêle situées au-dessus et au-dessous du rétrécissement.

Le malade succomba dans la nuit. Il s'était écoulé depuis la première intervention, trois ans presque jour pour jour.

Observation 106.

Obs. IV de Souligoux (1913). — *Cancer de l'anse sigmoïde. — Ileus, mais anus cæcal. — Opération de Bloch (extériorisation; résection au bout de 15 jours). — Fermeture de l'anus sigmoïdien. — Durée du traitement : plus de 3 mois. — Mort de carcinomatose péritonéale au bout de 2 ans et quelques mois.*

M. X..., soixante-douze ans, me fut amené en pleine crise d'occlusion aiguë. L'on voyait se dessiner des anses grêles contracturées, et il était impossible de sentir quoi que ce soit dans son ventre. En présence de ces symptômes, je fis un anus cæcal. Le résultat en fut immédiatement excellent, et, au bout de quelques jours, je pus sentir dans la fosse iliaque gauche une masse dure et marronnée. Après avoir laissé le malade se rétablir tout à fait, je pratiquai l'extériorisation de l'anse sigmoïde. Là encore je ne vis pas de ganglions dans le méso et je fis la section au bout de quinze jours. L'anus cæcal, lorsque l'écoulement des matières se fit facilement par l'anus sigmoïdien, se ferma en grande partie, sans que toutefois l'oblitération fut complète. Au bout de trois mois, je fermai, sans anesthésie générale, l'anus sigmoïdien.

Ce malade reprit toutes ses occupations, peu ou point gêné par l'anus cæcal. Cet état dura deux ans, puis, peu à peu, les douleurs reprirent et, quand je le vis, je sentis dans son ventre des masses dures et multiples. Il y avait récidive et pas d'intervention possible. Toutefois, en pratiquant une dilatation de la fistule cæcale avec des tiges de laminaire dont j'augmentai peu à peu le calibre, j'obtins un écoulement plus facile des matières et des gaz, ce qui adoucit considérablement ses derniers moments. La survie avait été de deux ans et quelques mois.

Observation 107.

Obs. de Peyrot (1913) (1). — *Cancer de l'anse sigmoïde. — Pas d'ileus. — Opération de Bloch (extériorisation; résection au bout de 8 jours). — Fermeture de l'anus. — Sans récidive depuis 5 ans.*

M. Peyrot intervient, avec mon aide, chez un homme qui, atteint de troubles de la circulation intestinale, présentait une tumeur volumineuse de la fosse iliaque gauche. M. Peyrot fit une large incision de cette région, et arriva sur une masse néoplasique siégeant sur la fin de l'anse sigmoïde et le début du côlon pelvien. Cette tumeur adhérait aux tissus voisins et à la vessie, mais il parut que ces adhérences étaient plutôt d'origine inflammatoire que néoplasique. M. Peyrot, après l'avoir libérée minutieusement, put l'extérioriser en totalité, et, au bout de huit jours, en fit la résection. Quelque temps après, il ferma l'anus contre nature. Le résultat de cette intervention fut simple, sans incidents d'aucune sorte et excellent jusqu'à l'heure actuelle, soit cinq ans après. M. Peyrot, qui revoit souvent ce malade, a pu me dire qu'il était en parfaite santé.

Observation 108.

Obs. I. d'Anselme Schwartz (1913). — *Cancer de la partie inférieure du côlon descendant. — Ileus. — Opération de Bloch (extériorisation; 2 jours après fistulisation du bout supérieur; résection 15 jours après). — Fermeture de l'anus 38 jours après par entérorraphie avec ouverture du péritoine. — Récidive 18 mois après la fermeture de l'anus (noyau cancéreux dans la cicatrice et noyaux de généralisation sur le grêle).*

Mme Leb..., trente-sept ans, employée de commerce, entre à la Charité, salle Gosselin, lit n° 7, service du Dr Demoulin,

(1) In Souligoux, *loc. cit.*

le 10 juillet 1911, à onze heures du matin, pour une occlusion intestinale parfaitement caractérisée.

Depuis trois mois environ, la malade ressentait des coliques, des sensations de torsion, surtout dans l'hypocondre droit, et particulièrement après les repas. Parfois, les coliques étaient suivies de gargouillement. La malade était sujette à une constipation rebelle ; jamais de diarrhée, ni de sang dans les matières.

L'appétit avait diminué et la malade avait maigri notablement.

Depuis vingt jours environ, dit la malade, elle n'allait plus à la selle, et dans les derniers jours, elle avait vômi ses aliments.

Le ventre s'est ballonné et, depuis quatre jours, le malade n'aurait plus eu de gaz.

A l'examen, l'abdomen est ballonné, plus dans l'hypocondre droit que dans le gauche ; pas de péristaltisme visible ; l'abdomen est sonore partout ; pas de clapotage cæcal, mais le cæcum est certainement très distendu. Le palper ne dénote nulle part l'existence d'une tumeur ou d'une tuméfaction quelconque. Le toucher rectal ne montre rien, pas plus que le toucher vaginal.

L'état général est bon, pas de fièvre, pouls bien frappé à 94, langue humide. Rien dans les urines.

A une heure de l'après-midi, on donne un grand lavement qui ne ramène rien.

A quatre heures, lavement électrique, qui provoque l'expulsion de quelques mucosités sanguinolentes.

Je vois la malade à cinq heures. Le diagnostic d'occlusion intestinale n'est pas douteux. L'intensité plus grande du météorisme à droite, me fait penser à un obstacle siégeant sur le côlon transverse.

Etant donné le très bon état général de la malade, je pratique, sous chloroforme, une laparotomie médiane, sous et sus-ombilicale. Un peu de liquide ascitique s'écoule de la cavité péritonéale.

Toute la masse de l'intestin grêle est distendue. Je la reçois dans un lit de compresses chaudes, et je saisis le cæcum que

je suis et qui me conduit vers l'obstacle. Ce cæcum, en effet, est très distendu, ainsi que le côlon ascendant, le côlon transverse et la première moitié du côlon descendant. Vers la partie inférieure de ce côlon descendant, je trouve une virole néoplasique qui rétrécit considérablement l'intestin, lequel est vide au-dessous de la lésion.

L'anse atteinte de néoplasme me paraissant très mobile et facile à extérioriser, ne pouvant, d'autre part, songer à une résection sur cet intestin rouge et distendu, je me décide à l'extériorisation de l'anse malade.

Mais d'abord, pour obtenir la réintégration, dans le ventre, de la masse intestinale, je suis obligé de vider cet intestin, ce que je fais par deux petites boutonnières au bistouri, l'une sur le gros intestin, au-dessus de la sténose, l'autre sur une anse grêle, toutes deux étant soigneusement refermées par une suture en bourse.

Dès lors, je puis facilement rentrer toute la masse intestinale, ne laissant au dehors que l'anse néoplasique, en ayant soin de sortir une anse suffisamment longue pour avoir plusieurs centimètres d'intestin sain au-dessus et au-dessous de la tumeur. Fermeture de la paroi abdominale au-dessus et au-dessous de l'anse extériorisée.

La malade allant très bien, on fait, le surlendemain, dans le service de M. Demoulin, une petite ouverture au segment supérieur, afférent, de l'anse extériorisée.

Cet anus fonctionne parfaitement et, quinze jours après, M. Demoulin veut bien m'envoyer la malade à l'Hôtel-Dieu, où je remplaçais le Dr Guinard.

Le 5 août, sous anesthésie chloroformique, je resèque toute l'anse extériorisée, après libération sur les bords, afin de l'attirer au dehors, au maximum ; section de toute l'anse au bistouri, hémostase du mésentère.

Pour faciliter la réparation ultérieure, je fais une anastomose partielle des deux bouts de l'intestin, en réunissant, par un surjet total, les deux bords contigus, dans une étendue d'environ six à huit centimètres. Il me reste un orifice assez grand, dont je suture les bords à la peau. Suites très simples. L'anus fonctionne très bien.

A partir de ce moment, la malade me tourmente pour que je supprime son anus artificiel, ce que je fais le 13 septembre. Je libère largement les bords de l'anus sans ouvrir la cavité péritonéale et je suture par un surjet les 2 bords intestinaux l'un à l'autre, fermant complètement l'intestin. Je libère alors davantage, attirant l'anse au dehors, ouvrant le péritoine, et j'enfouis ma suture intestinale sous un surjet séro-séreux. Réfection de la paroi par dessus.

Suites très simples; dès le lendemain; le malade rend des gaz par l'anus normal. Mais le 6e jour, des fils de la paroi sautent, et des matières sortent par la plaie. Cependant les matières continuent à passer par en bas, tandis que la brèche pariétale se rétrécit de plus en plus pour se fermer complètement en novembre, laissant à sa place une légère éventration.

La malade, revue en mai 1912, se porte très bien, et son intestin fonctionne avec une régularité parfaite. Je perds la malade de vue, mais elle revient me trouver à la fin du mois de mars 1913, soit 18 mois après la fermeture de l'anus, avec un noyau cancéreux dans la cicatrice adhérant à la profondeur.

Laparotomie le 3 avril. — Le noyau néoplasique adhère à l'anse qui avait été le siège du cancer et que j'avais extériorisée. Une intervention radicale est jugée impossible parce que je constate des taches de généralisation cancéreuse en divers points de l'intestin grêle.

Anus iliaque sur l'anse intestinale adhérente, après extériorisation et résection de la partie malade avec la peau qui y adhère.

Suités opératoires simples. L'anus fonctionne bien.

Observation 109.

Obs. 2 *de* Anselme Schwartz (1913). -- *Cancer du côlon transverse. — Pas d'Ileus. — Opération de Bloch (extériorisation; 2 jours après ponction au thermo-cautère dans l'anse afférente; résection 15 jours après. — Fermeture de*

l'anus par entérorraphie après ouverture du péritoine 8 mois après. — Guérison opératoire. — Survie?

Mar. (Roger), 49 ans, garçon boucher, sans antécédents et d'une bonne santé habituelle, vient me trouver parce que depuis quelques mois il est sujet à une constipation opiniâtre. Pas d'autres troubles fonctionnels, pas de diarrhée, pas de sang dans les matières, mais un amaigrissement extrêmement marqué; le malade est émacié, son état général est très chancelant.

Il se plaint de phénomènes douloureux dans la fosse iliaque gauche, en regard de l'épine iliaque antérieure et supérieure.

De fait, la palpation montre dans cette région une tumeur volumineuse, grosse comme un poing d'adulte, mobile dans les divers sens et appartenant manifestement à l'intestin. Je porte le diagnostic de néoplasme du côlon iliaque et je propose une intervention qui est acceptée.

Le 10 septembre 1911, sous anesthésie au chloroforme, je fais une incision latérale gauche. Le ventre ouvert, je trouve une grosse tumeur de la moitié gauche du côlon transverse, prolabée dans la fosse iliaque gauche et adhérente à la partie inférieure du côlon descendant. Je commence par libérer ces adhérences qui paraissent inflammatoires et j'enfouis la surface cruentée du côlon iliaque. Ceci fait, je libère la tumeur du côté supérieur, en sectionnant le ligament gastro-colique, faisant, à mesure, les ligatures nécessaires. De même, en bas, je libère l'anse malade du tablier épiploïque, et je n'arrête cette double libération que lorsqu'il m'est possible de sortir complètement, du ventre, le segment colique malade, avec plusieurs centimètres d'intestin sain au-dessus et au-dessous. L'anse ainsi extériorisée est fixée à la paroi, et la brèche est fermée au-dessous et au-dessus.

Suites simples. Le malade se relève rapidement de cette intervention.

Deux jours après, je fais une ponction au thermo-cautère, dans le bout supérieur, en amont du néoplasme.

Dans les jours qui suivent, le malade va bien, mais la température présente des oscillations qui sont dues, certainement,

à des phénomènes infectieux du côté de l'anse extériorisée, où il y a même en certains points, de petites plaques de sphacèle.

Le 25 septembre, sous chloroforme, section au ras de la peau, de toute la masse extériorisée; hémostase minutieuse.

Je réunis, en grande partie, les deux bouts de l'intestin, ne laissant qu'une ouverture antérieure correspondant, à peu près, au tiers de la circonférence de l'intestin et dont les bords sont suturés à la peau.

Suites très simples. Le malade, à partir de ce moment, se remonte très rapidement. Il engraisse, prend bonne mine et quinze jours après, se lève. Il quitte le service avec son anus qu'un appareil rend très supportable.

Je vois le malade à peu près tous les mois. Il est devenu superbe, et vraiment méconnaissable pour ceux qu'il l'ont vu avant l'opération.

Malgré ses supplications, j'attends, pour supprimer son anus, jusqu'en avril 1912, soit huit mois après l'extériorisation. Je reçois le malade dans le service de mon maître le Professeur Quénu et, le 2 avril, je pratique la dernière intervention, la fermeture de l'anus.

Instruit par le cas précédent, je décide de sortir complètement du ventre toute l'anse ouverte, pour pratiquer une bonne anastomose, hors de l'abdomen.

Le malade a été bien préparé, purgé deux fois, puis constipé par des pilules d'opium. La région est couverte de teinture d'iode.

Par un surjet au gros fil, je commence par obturer complètement l'anus artificiel, comme on ferme l'anus normal dans les extirpations périnéales du rectum.

Deux incisions circonscrivent l'anus fermé, et se rejoignent au-dessus et au-dessous. Je pénètre de cette façon dans la cavité péritonéale, comme on le fait dans la cure radicale des hernies ombilicales, à distance de la lésion. Je libère facilement l'anse fixée à la peau, dans une étendue suffisante pour la sortir complètement du ventre, et pour faire une opération absolument extra-péritonéale. Je constate l'intégrité absolue de l'anse colique ainsi extériorisée.

Le champ opératoire étant bien garni, et la cavité péritonéale protégée, je rouvre l'anus artificiel et j'avive tout le bord intestinal qui était fixé à la peau.

Dès lors, j'ai sous les yeux une anse colique partiellement ouverte (l'anus artificiel). Je ferme cette brèche par un premier surjet total, je recouvre la muqueuse herniée par quelques fils séparés, et je recouvre le tout par un surjet séro-séreux.

Réfection de la paroi en plans séparés. Pas de drainage.

Suites très simples. Sauf un petit hématome sous-cutané qui s'évacue spontanément le 5e jour, tout va bien.

Les gaz passent par en bas le 3e jour; une purgation prise le 11e jour ne donne aucun incident. Les fils sont enlevés le 12e jour, et le malade se lève le 21e jour, son intestin fonctionnant bien.

Observation 110.

Obs. 3 de Anselme Schwartz (1913). — *Cancer du côlon pelvien. — Pas d'ileus. — Opération de Bloch (extériorisation; résection 14 jours après). — Pas de fermeture de l'anus. — Sans récidive depuis 11 mois.*

Mme N...., soixante-quatre ans, entre à l'hôpital Cochin, dans le service de mon maître, le professeur Quénu, le 8 août 1912. Avant le 1er mai 1912, la malade était bien portante, mais se sentait depuis quelque temps un peu fatiguée.

Le 1er mai 1912, après le déjeuner, elle est prise de palpitations et s'évanouit pendant une demi-heure; l'évanouissement est suivi de vomissements pendant douze heures.

Un médecin appelé soigne la malade pour un embarras gastrique et, le ventre étant sensible, il prescrit des cataplasmes. Le lendemain, purgation, lavements; diète pendant trois jours. Le 12 mai, la malade se lève.

Le 19 mai, douleur abdominale : purgations, lavements, cataplasmes. Les douleurs se calment, mais ne disparaissent pas, et cet état « traîne » jusqu'en juin. Les douleurs, qui

siégeaient d'abord aux deux aines, se localisent, peu à peu, au côté gauche.

Le 7 juin, le médecin de la malade perçoit, dans le côté gauche de l'abdomen, une grosseur, et il conseille de voir un chirurgien.

A partir de ce moment, la malade constate, dans ses selles, un peu de sang, surtout quand elle a pris un lavement.

Le 18 juin, nouvelle crise douloureuse abdominale ; la malade consulte un chirurgien, qui trouve, également, une grosseur dans le flanc gauche, et fait appliquer de la glace.

Au bout de quinze jours, ne se trouvant pas mieux, la malade entre à la Clinique Tarnier. Là, on fait le diagnostic de tumeur dépendant du système génital, et on la garde pour l'opérer. Mais, au bout de trois semaines d'expectation, la malade paraissant trop faible pour supporter une intervention, on la renvoie. C'est alors qu'elle vient me consulter, et je la fais entrer à l'hôpital Cochin.

La palpation du ventre permet de constater, très nettement l'existence d'une tumeur qui occupe la fosse iliaque gauche complètement, empiétant largement sur le petit bassin. La tumeur grosse comme un poing d'adulte, est dure, assez régulière, et presque immobile ; on ne peut lui imprimer que de légers mouvements sur place.

Les touchers vaginal et rectal conduisent le doigt, à gauche, sur une masse dure, et par le palper bimanuel, on constate que c'est la même masse qui occupe le côté gauche du bassin et la fosse iliaque gauche, tumeur immobile et dure, dans laquelle sont confondus l'utérus et les annexes gauches.

L'examen physique ne permet pas de localiser la tumeur plutôt aux annexes qu'au côlon iléo-pelvien, mais, étant donnée l'histoire de la malade, je pose le diagnostic de tumeur intestinale primitive, ayant contracté des connexions avec les organes génitaux. Je propose une intervention, qui est acceptée.

Le 13 août 1912, je pratique une laparotomie médiane, sous-ombilicale, et je trouve une tumeur du côlon pelvien, évidemment néoplasique. Cette tumeur adhère très fortement à l'intestin grêle en trois endroits, aux annexes du côté gauche, à

la face postérieure de l'utérus depuis le col jusqu'au fond, et à la face postérieure de la vessie.

Je décolle, prudemment et péniblement, toutes ces adhérences; j'enlève les annexes gauches. J'aurais voulu pratiquer une hystérectomie, cela fut impossible, à cause des adhérences intimes de l'utérus avec le rectum en arrière, la vessie en avant.

Ayant largement libéré le côlon iléo-pelvien et voyant que l'extériorisation était possible, je péritonise rapidement le petit bassin et, recouvrant l'utérus avec la vessie, j'amène l'intestin libéré dans la plaie; je l'y fixe, et je termine, mon opération, escomptant une récidive rapide.

La malade supporte admirablement mon intervention, et le 27 août, soit quatorze jours après l'extériorisation, je sectionne l'intestin en tissu sain, je suture l'une à l'autre les deux anses en arrière, et je fixe l'anus ainsi constitué à la peau. La malade quitte le service le 10 septembre, en parfait état.

Elle présente un anus médian très petit, avec un éperon saillant, qu'il serait facile de sectionner, et je pense qu'on pourrait aisément obtenir l'oblitération de cet anus, d'autant plus que souvent il passe des matières par le rectum. Mais la malade a toujours présenté et présente encore un état nerveux et une faiblesse, qui font que je redoute toute espèce d'intervention pour le moment.

L'examen physique, soit par l'introduction du doigt dans les deux bouts de l'anse fixée, soit par le toucher vaginal et rectal, ne permet pas de constater la moindre trace de récidive, et il y aura dans quelques jours onze mois que j'ai opéré ma malade.

Observation 111.

Obs. I du Professeur Quénu (1913). — *Cancer de l'angle splénique. — Pas d'ileus. — Procédé de Quénu (extériorisation; résection 8 jours après avec suture des demi-circonférences postérieures des 2 bouts. — Fermeture de l'anus*

6 mois après. — Mort 8 jours après la fermeture par hémorragie venant du bout supérieur.

Il s'agit d'un homme d'une soixante d'années, qui me fut adressé il y a quelques années par mon collègue et ami Chauffard ; il présentait des troubles digestifs, parfois des vomissements, un état gastrique d'ancienne date et un teint jaune.

Dans les derniers six mois, il avait souffert de constipation, avec gêne pour rendre des gaz, sans présenter jamais de véritable crise d'occlusion. Je fis une laparotomie exploratrice et reconnus l'existence d'un petit cancer de l'angle splénique.

Séance tenante, une incision latérale fut pratiquée sous les fausses côtes, puis, le péritoine et le fascia ayant été incisés, je pus amener l'angle au dehors. Je décollai le péritoine pariétal de mon incision antéro-latérale, de manière à le suturer aux lèvres de l'incision péritonéale postérieure, puis je bourrai de gaze la plaie, de manière à bien isoler l'anse à enlever. Huit jours après, je fis l'exérèse et suturai la demi-circonférence postérieure des deux bouts.

Les suites furent simples, la santé redevint parfaite et le malade put reprendre ses fonctions et sa profession. Six mois après, je procédai à la fermeture de l'anus ; tout se passa très bien pendant huit jours, quand il fut pris de signes d'hémorragie interne. Je désunis ma plaie, j'amenai les deux bouts à la peau et constatai que le sang venait de l'intestin ; il s'écoulait un sang noir et déjà un peu altéré par le bout supérieur. Ces hémorragies, vraisemblablement d'origine duodénale, se reproduisirent les jours suivants et le malade succomba.

Observation 112.

Obs. II du Professeur Quénu (1913). — *Cancer de l'angle splénique. — Ileus, mais anus cæcal. — Opération de Quénu. — Pas fermeture de l'anus. — Survie de 3 ans.*

Ma troisième opération est un peu calquée sur la précédente, sauf que d'abord je dus, en période d'occlusion, faire

une laparotomie pour couper deux brides qui étranglaient une anse d'intestin grêle; ayant reconnu en même temps un cancer de l'angle splénique que je soupçonnai grâce aux commémoratifs, j'établis un anus cæcal. Quinze jours après, j'extériorisai le cancer à travers une incision sous-costale, le bout supérieur était extrêmement dilaté, épaissi et comme cartonneux. Je le suturai à l'inférieur dans sa demi-circonférence postérieure; il se produisit un sphacèle d'une portion d'intestin; à part cet incident, les suites furent bonnes, malgré l'âge (près de soixante-six ans) et l'état artéro-scléreux de l'opéré. Le malade a pu reprendre sa profession d'avocat et n'a pas tenu à ce qu'on fermât l'anus splénique, qui le gêne peu; il est resté guéri depuis plus de trois ans.

Observation 113.

Obs. III. du Professeur Quénu (1913). — *Cancer du côlon descendant. — Occlusion, mais anus cæcal. — Opération de Quénu (extériorisation; résection, 3 jours après). — Pas de fermeture, mais tendance à la guérison spontanée des anus. — Récidive hépatique 4 mois et demi après l'opération.*

En 1906, j'ai reçu dans mon cabinet une femme cachectique de quarante-cinq ans, dyspeptique depuis plus d'un an, et ayant présenté trois mois auparavant, en janvier 1905, une crise d'occlusion qui ne dura que deux jours, et se termina par une évacuation abondante de matières et de gaz. Elle me fut amenée en octobre 1905, de Saint-Mandé, avec un ventre ballonné et une absence d'émission de gaz datant de sept ou huit jours. Elle était dans un tel état de souffrances et d'angoisse, qu'au lieu de lui permettre de regagner Saint-Mandé en voiture, comme elle était venue, je lui persuadai de s'installer immédiatement dans une maison de santé, où le lendemain matin, 22 octobre, je fis un anus cæcal suivant la technique que j'ai exposée, ici même, il y a neuf ans. L'évacuation complète et le retour à un ventre indolent et plus souple demandèrent une quinzaine de jours, mais le ventre ne

devint jamais assez souple pour me permettre de trouver la localisation de la tumeur, dont pourtant je ne mettais pas l'existence en doute.

Je fis une laparotomie médiane exploratrice, et je découvris un néoplasme assez étendu et peu mobile du côlon descendant. Je pratiquai une incision latérale dans le flanc et je fermai mon incision médiane.

En débridant le péritoine, je pus extérioriser la tumeur et fixer les deux bouts accollés au péritoine pariétal.

Trois jours après l'excision fut faite, les deux bouts se rétractèrent, et, trois semaines après, la malade quitta la maison de santé, rendant de temps en temps des matières par le rectum, l'anus cæcal à peu près fermé.

Je la revis malheureusement à la fin de mars, avec une récidive hépatique.

Observation 114.

Obs. IV du Professeur Quénu (1913). — *Cancer du côlon sigmoïde — Occlusion, mais anus cæcal. — Opération de Quénu. (extériorisation; résection au bout de 4 jours avec suture incomplète des 2 bouts). — Récidive dans le petit bassin 16 mois après.*

En décembre 1906, j'opérai dans des conditions analogues, aux Frères Saint-Jean-de-Dieu, un homme de quarante-cinq à quarante-six ans, auprès duquel je fus appelé le 20 décembre, pour une occlusion datant de douze jours : le ventre était excessivement ballonné et couvert de pommade au collargol. Je fis d'abord une fistule cæcale et, quinze jours après, une extériorisation d'un cancer sigmoïde, suivie au bout de quatre jours de l'excision avec suture incomplète des deux bouts; la fistule cæcale fut fermée en juillet. Une récidive survint dans le petit bassin seize mois après.

Observation 115.

Obs. V du Professeur Quénu (1913). — *Cancer volumineux de la terminaison de l'anse signoïde avec adnéopathie. — Pas d'occlusion. — Opération suivant le procédé du Professeur Quénu (extériorisation extra-pariétale de la tumeur, extra-péritonéale du pédicule), exérèse large avec section en coin du méso 6 jours après. — Pas de fermeture de l'anus. — Guérison survie?*

En décembre dernier, je fus appelé par le Dr Taguet auprès d'une femme de soixante-seize ans, emphysémateuse, atteinte de troubles gastro-intestinaux, consistant en ballonnement constant du ventre et en vomissements; on sentait au-dessus du pubis et à gauche une induration douloureuse.

Dans un premier temps, je fis une large incision le long du bord gauche du droit et reconnus l'existence d'un cancer volumineux avec adénopathie, occupant la terminaison de l'anse sigmoïde et ne laissant que 6 à 7 centimètres d'intestin sain au-dessus du Douglas. La tumeur n'était pas très mobilisable; néanmoins en incisant le péritoine à la racine du méso et en décollant celui-ci sur la face externe, puis sur la face interne du méso, où j'incisai uniquement le péritoine, en ménageant les vaisseaux mésentériques, je parvins à extérioriser la masse cancéreuse; alors je décollai le péritoine du mésentère sur le versant interne et je le suturai à la lèvre interne du péritoine de la paroi abdominale antérieure, puis j'interposai des compresses stérilisées entre la tumeur et la barrière péritonéale ainsi constituée. Du côté du côlon iliaque, j'avais mobilisé le plus possible, de façon à mettre également en dehors une portion du côlon, sain, bien au-dessus de la tumeur, pour qu'on pût au besoin, en cas de ballonnement, ponctionner. En outre, à droite, j'avais fixé le cæcum à la paroi par une petite incision. Je n'eus pas à utiliser cette dernière précaution. Six jours après, juste le temps pour que la malade qui toussoutait toujours fût un peu remise de l'anesthésie générale, je pratiquai une exérèse large, comprenant

la masse cancéreuse et les ganglions, le méso étant sectionné en coin.

Les suites furent bonnes, et, malgré son grand âge et sa bronchite, la malade guérit très simplement. Je ne crus pas prudent de conseiller la fermeture de l'anus iliaque.

Observation 116.

Obs. VI du Prof. Quénu (1913). — Voilà donc une série de mauvais cas, auxquels je puis ajouter un fait analogue, retrouvé dans le cahier d'opérations, qui grâce à une extériorisation avec exérèse secondaire, mais précoce, et grâce à une technique spéciale reportant l'extériorisation au delà de l'intestin jusqu'au bord adhérent du péritoine mésentère, par l'utilisation du mésentérique et du péritoine pariétal décollés, ont été suivis de guérison.

Observation 117.

Obs. VII du Prof. Quénu (1913). — *Cancer sigmoïde en virole. — Occlusion, mais anus cæcal. — Opération suivant le procédé d'extériorisation large du Professeur Quénu; résection au bout de quelques jours de la tumeur et d'un coin mésentérique. — Fermeture des anus (anus cæcal au bout de quelques semaines, anus sigmoïdien au bout de quelques mois). — Malade en bonne santé depuis 6 ans 1/2.*

J'ai opéré, le 20 décembre 1906, un malade âgé de soixante-six ans, chez lequel le Docteur Taguet avait depuis quelques mois diagmostiqué un cancer du gros intestin, mais qui s'était énergiquement refusé à toute opération; il fut pris le 23 décembre d'accidents d'occlusion et je fus appelé d'urgence; je fis une fistule cæcale; quelques jours après j'ouvris le ventre, reconnus un cancer sigmoïde bien mobilisable, petit cancer sténosant en virole, je l'extériorisai, et, peu de jours. après, j'en fis l'exérèse en excisant également un coin de

mésentère. Au bout de quelques semaines je fermai l'anus cæcal, et quelques mois après je fis la cure de l'anus sigmoïdien. J'ai eu il y a quelques semaines des nouvelles du malade, opéré maintenant depuis six ans et demi, il est toujours dans un excellent état de santé.

TABLE DES MATIÈRES

AVANT-PROPOS. — **Ce qu'il faut entendre par méthode d'extériorisation** 9

CHAPITRE I. — **Considérations générales** 17

CHAPITRE II. — **Exposé des différents procédés d'extériorisation.** 33

I. — Procédés d'extériorisation sans résection primitive en coin du mésentère. — Reclus. — Bloch. — Hochenegg 34

II. — Procédés d'extériorisation avec résection primitive en coin du mésentère. — Paul. — Mickulicz. — Hartmann. 39

CHAPITRE III. — **Reproches faits à la méthode d'extériorisation.** 48

CHAPITRE IV. — **Un nouveau procédé d'extériorisation élargie de M. le Professeur Quénu** 60

Procédé du Professeur Quénu. 67

CHAPITRE V. — **Indications de la méthode d'extériorisation** . . 90

I. — Cancers en occlusion 94

II. — Cancers en dehors de l'occlusion 96

CHAPITRE VI. — **Résultats immédiats et éloignés de la méthode d'extériorisation dans le traitement des cancers coliques** . . 111

I. — Cancers coliques droits 112

II. — Cancers coliques gauches 114

CHAPITRE VII. — **Résultats de la colectomie en un temps.** . . 121

CONCLUSIONS 129

TABLEAUX. 135

OBSERVATIONS 143

COULOMMIERS
Imprimerie DESSAINT et Cie.

101

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE